Indigo Expat – Bulletin d'Adhésion

INDIGO EXPAT FRANCE

Indigo Expat France

Bulletin d'Adhésion - Complément CFE

Veuillez compléter ce formulaire en LETTRES CAPITALES et cocher ☑ les cases qui conviennent pour demander votre souscription à notre couverture Indigo Expat France en complément de la CFE.

☐ Nouvelle adhésion

Si vous ajoutez un nouvel ayant droit, veuillez indiquer votre numéro d'adhérent

☐ Modification d'une adhésion existante

Vous devez nous prévenir de tout changement de coordonnées afin de recevoir la correspondance qui vous est destinée. Seules les personnes de moins de 60 ans verront leur demande de souscription considérée.

1. Informations sur l'adhérent principal

☐ M. ☐ Mme Nom de famille

Prénom Date de naissance (jj/mm/aa) / /

Situation familiale ☐ Marié (e) ☐ Divorcé (e) ☐ Veuf (ve) ☐ Célibataire ☐ Concubin (e)

Nationalité (pays pour lequel vous avez un passeport valide)

Numéro de sécurité sociale / CFE

Adresse de résidence principale

Ville et code postal Pays

Pays d'origine Pays d'expatriation

Numéro de téléphone principal (indicatif pays) (indicatif régional)

Autre numéro de téléphone (indicatif pays) (indicatif régional)

Adresse email (pour les remboursements)

Adresse email (pour les factures, si différent)

Vous êtes

☐ Etudiant (e)

☐ Salarié (e) – précisez :

☐ Travailleur (se) indépendant – précisez :

☐ Sans activités professionnelles – précisez :

Etes-vous une Personne Politiquement Exposée ☐ Oui ☐ Non

Veuillez indiquer si vous avez souscrit une police d'assurance santé auprès d'un assureur privé :

Nom de l'assureur

Numéro de police Date de début jj/mm/aa) / /

2. Ayants droit au contrat

Les Ayants droit peuvent être le Conjoint/Partenaire/Concubin ou les Enfants à charge de moins de 18 ans, de moins de 20 ans s'ils ne sont pas salariés ou s'ils ont le statut d'étudiant et que la poursuite de leurs études les oblige à ne plus vivre sous le toit de l'Adhérent. Dans ce dernier cas, l'enfant à charge devra justifier de sa scolarité au début de chaque année scolaire. S'il n'y a pas suffisamment d'espace pour tous les Ayants droit, merci d'utiliser une copie de ce formulaire de demande d'adhésion.

	Conjoint	**Enfant 1**	**Enfant 2**	**Enfant 3**	**Enfant 4**
Nom					
Prénom					
Date de naissance (jj/mm/aaa)	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Sexe	☐ M ☐ F	☐ M ☐ F	☐ M ☐ F	☐ M ☐ F	☐ M ☐ F
Nationalité					
Pays d'origine					
Pays de résidence / expatriation (dans lequel vous vivez mini. 6 mois dans l'année)					
Activités (obligatoire, si étudiant ou sans activités, le préciser)					

3. Date d'effet de l'adhésion au contrat

Veuillez indiquer la date à laquelle vous souhaitez que votre couverture commence
Cette date doit être le 1er soit le 15 du mois suivant la réception de votre demande _____ / _____ / _____

La couverture est sujette à l'acceptation de votre demande d'adhésion, qui vous sera confirmée par l'envoi du certificat d'adhésion.

4. Choix de la couverture et de l'option associée

La couverture Indigo Expat France intervient en complément du plan FrancExpat de la Caisse des Français de l'Etranger (CFE). Il est donc impératif d'être affilié auprès de cet organisme de base, et que les droits soient ouverts, pour souscrire aux garanties complémentaires Indigo Expat France.

Couverture sélectionnée ☐ Indigo Expat France – Niveau 1 ☐ Indigo Expat France – Niveau 2

☑ Les garanties d'assistance et rapatriement et d'individuelle accident sont automatiquement incluses.

Veuillez noter que le choix sélectionné s'applique à tous les membres au contrat. Vous ne pouvez changer de formule qu'au moment du renouvellement de la police. Si vous souhaitez augmenter votre niveau de couverture, une souscription médicale complète et des délais de carence s'appliqueront, et un montant de prime supplémentaire sera requis.
NB : le pays de résidence suivant est exclu pour les garanties d'assistance et de rapatriement = Etats-Unis.

5. Cotisation et modalités de paiement

Calculez et reportez le montant trimestriel de votre cotisation (soit la prime annuelle divisée par 4) _____ Euro

Frais d'adhésion trimestriel à l'Association ACME (forfait annuel de 24 Euro) _____ 6,00 Euro

Veuillez noter que si une taxe sur les primes d'assurance santé s'applique, celle-ci sera indiquée et ajoutée sur votre certificat et sur l'appel de cotisation envoyé par ExpaTPA

Fréquence et méthode de paiement

Veuillez cocher ☑ la fréquence et le mode avec lesquels vous souhaitez effectuer votre paiement.

	Annuel	Semestriel	Trimestriel	Mensuel
Prélèvement automatique SEPA CORE **	☐	☐	☐	☐
Carte de crédit un lien vers votre Espace Assuré sera envoyé afin de procéder au règlement depuis cet environnement sécurisé	☐	☐	☐	Non disponible
Virement bancaire	☐	☐	☐	Non disponible

Fait à (ville/pays) _____

Le (jj/mm/aaa) _____

Signature de l'adhérent, précédé de la mention « Lu et approuvé »

** Pour le paiement par prélèvement automatique SEPA CORE sur un **compte bancaire en Union Européenne**, merci de compléter les informations suivantes et de joindre votre RIB :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA CORE

Référence unique du mandat : RUM (vous sera communiquée lors de votre prochain appel de cotisation). En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ExpaTPA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte de façon récurrente (selon la périodicité choisie) conformément aux instructions de ExpaTPA. Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Ces informations sont obligatoires et nécessaires à votre créancier afin de mettre en œuvre le mandat de prélèvement. Conformément à la réglementation en matière de protection des données personnelles applicables dans votre pays, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification portant sur les données personnelles vous concernant, ainsi que celui de vous opposer à leur traitement, sous réserve de justifier d'un motif légitime (si exigé par la loi applicable dans votre pays). Pour exercer ces droits, vous pouvez vous référer au contrat conclu avec votre créancier.

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

_____

_____

_____

INFORMATIONS DU CREANCIER

Nom et adresse du créancier :

EXPATPA

142 rue de Rivoli

75001 Paris

Identifiant du Créancier SEPA (ICS) : FR32ZZZ871173

COORDONNEES BANCAIRES DU DEBITEUR

IBAN : _____

BIC : _____

Nom de votre banque : _____

DATE (JJ/MM/AAA)

Le (jj/mm/aaa) ____/____/____

SIGNATURE OBLIGATOIRE

Signature de l'adhérent, **ou du représentant légal de l'enfant mineur** (dans ce cas, merci d'indiquer votre qualité (parent, tuteur…) ainsi que votre nom et prénom) précédée de la mention «**Lu et approuvé**»

6. Note d'information

Nous vous prions de bien vouloir prendre connaissance des éléments importants qui suivent.
Notre analyse et nos propositions se sont basées sur les informations, besoins et contraintes que vous avez pu nous communiquer et nous exprimer au cours de nos échanges. Il est à noter que la qualité et l'exactitude des informations communiquées par le souscripteur, notamment en matière financière et d'objectifs de souscription, influe directement sur la qualité et la pertinence de notre proposition.

Il est absolument nécessaire que vous lisiez attentivement l'ensemble des conditions de votre contrat d'assurance et plus particulièrement les paragraphes consacrés aux risques exclus, à la durée de votre contrat, aux éventuels délais de carence, de franchise, aux définitions des garanties et aux sanctions en cas d'informations inexactes ou incomplètes.

Pour tout mécontentement, votre interlocuteur habituel est à votre disposition.
En cas de désaccord persistant avec la réponse ou solution apportée, en dernier recours, la Médiation de l'Assurance peut être saisie par courrier : TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.
Nous restons à votre entière disposition pour répondre à toutes vos questions.

7. Signature de la demande d'adhésion

JE DEMANDE mon adhésion à ACME (Association Coopération, Mobility & Expatriation), association de loi 1901 dont le siège est 9, rue du 4 Septembre 75002 PARIS, ainsi qu'aux contrats d'assurances souscrites par elle auprès des compagnies d'assurances suivantes :

• MGEN Portugal, dans le cadre d'une délégation de souscription accordée à VYV International Benefits (contrat n°MGENIB1200144SAN,

• Generali IARD (France)
pour les garanties d'Individuelle Accident et de Responsabilité Civile vie privée (contrat n°AU367391),

JE RECONNAIS :

• avoir pris note qu'Assurances et Conseils Moncey est une société française de courtage (enregistrée à l'ORIAS sous le numéro°07 005 355) qui conçoit et gère pour le compte de l'ACME l'ensemble de la gamme d'assurances Indigo Expat.

• avoir téléchargé la documentation contractuelle (y compris le formulaire IPID), pris connaissance et accepté les conditions indiquées dans la notice d'information, en avoir conservé un exemplaire et accepter les termes de la présente demande d'adhésion, valant conditions particulières. Je reconnais avoir pris connaissance de mon droit à renonciation.

• avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services de gestion de EXPATPA peuvent être enregistrées pour les besoins de gestion interne et dans le but d'améliorer les services. Je peux avoir accès aux enregistrements de mes appels en m'adressant par écrit à EXPATPA – 142, rue de Rivoli, 75001 Paris - France et en joignant à ma demande une pièce d'identité. Chaque enregistrement est conservé pendant un délai de 90 jours.

• que l'adhésion à l'ACME ne me dispense pas des cotisations et obligations légales locales dont pourrait relever l'adhérent principal et/ou ses ayants droit.

• avoir pris connaissance qu'il ne pourra être procédé à aucun paiement à destination, directe ou indirecte, d'un pays soumis à sanctions, tel qu'édicté, par exemple, par les Nations Unies, l'Office of Foreign Assets Control (OFAC) du Trésor américain ou l'Union Européenne.

• être informé qu'en cas d'adhésion sur la base de documents scannés, il est de ma responsabilité de conserver les originaux correspondant pendant toute la vie du contrat car ils pourront m'être réclamés à titre de contrôle à tout moment au cours de cette période. Si je ne peux fournir les documents originaux demandés, il y aura déchéance de garantie.

J'AUTORISE EXPATPA à recevoir pour mon compte les décomptes de remboursement des frais d'hospitalisation pour lesquels j'ai bénéficié du tiers-payant.

JE CERTIFIE avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions de ce dossier de souscription et n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur et/ou ses délégataires et entrainer l'application des articles l.113-8 et l.113-9 du code des assurances.

Fait à (ville/pays) _____

Date (jj/mm/aaa) _____/_____/_____

Signature de l'adhérent, **ou du représentant légal de l'enfant mineur** (dans ce cas, merci d'indiquer votre qualité (parent, tuteur…) ainsi que votre nom et prénom) précédée de la mention «**Lu et approuvé**»

8. Finalisation de la demande d'Adhésion

Pour finaliser votre demande d'affiliation, veuillez joindre les pièces suivantes à votre envoi :

- Le **Bulletin d'Adhésion** complété et signé
- Le **Questionnaire Médical** complété et signé, pour chaque personne à assurer
- Une **copie de la carte d'identité** et/ou du passeport, pour chaque personne à assurer
- Un **Relevé d'Identité Bancaire** incluant votre IBAN
- La **copie de l'attestation CFE** (précisant le plan souscrit, la date d'ouverture des droits et les personnes couvertes)
- L'**attestation de l'école** pour les étudiants

Toute demande incomplète ne pourra pas être traitée

MERCI DE RETOURNER VOTRE BULLETIN D'ADHESION COMPLETE ET SIGNE, ET LES PIECES REQUISES PAR:

Courrier postal à	Moncey Assurances / Indigo Expat 63 rue de Provence 75009 Paris, France
Email en signant et scannant votre demande d'adhésion et l'ensemble de ses pièces à	backoffice@moncey-assurances.com

Protection des données à caractère personnel

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (dit « Règlement général sur la Protection des données ») et à la Loi «Informatique et Libertés» du 6 janvier 1978 modifiée, dans le cadre de la gestion et de l'exécution du contrat d'assurance, vos données à caractère personnel pourront être transférées à l'Organisme assureur, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs. Les traitements mis en œuvre ont pour finalité la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, l'élaboration des statistiques et études actuarielles, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux, l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude et les opérations relatives à la gestion des clients. Les destinataires de ces données, sont, dans le strict cadre des finalités ci- dessus, les personnels dûment habilités de l'Organisme assureur, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux et les intermédiaires d'assurance. Ces données seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les obligations de conservation imposées par la réglementation.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions règlementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous pouvez exercer ces différents droits sur les traitements pour lesquels chaque assureur est responsable en contactant directement :

- toute réclamation relative aux garanties santé et assistance et rapatriement (MGEN Portugal) peut être adressée au Délégué à la Protection des Données de VYV IB, 3 Square Max Hymans 75648 Paris CEDEX 15, France - dpo@vyv-ib.com.

- toute réclamation relative aux garanties RC vie privée ou Individuelle Accident peut être adressée à Generali IARD S.A. – Conformité Délégué à la protection des données personnelles TSA 70100 75309 Paris Cedex 09, France, ou par courriel droitdacces@generali.fr

En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil, 01 53 73 22 22.

Renonciation

Renonciation à l'adhésion : au titre des articles L. 112-9 du Code des assurances et L. 121-20-12 du Code de la consommation, je reconnais avoir été informé et savoir que je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à compter de la date de conclusion de mon adhésion (indiquée sur le certificat d'adhésion), pour renoncer à mon adhésion au contrat.

Contrats souscrits par le biais d'Assurances et Conseils Moncey auprès de VYV IB pour MGEN Portugal, Société régie par le Code des Assurances, soumise au contrôle de l'ACPR 4 Place de Budapest 75436 Paris Cedex 09.

Association ACME

Les informations relatives à l'Association loi 1901 ACME sont disponibles sur cette page : https://indigo-expat.com/infos/savoir-partir-expatriation/association-cooperation-mobility-expatriation-acme/

Indigo Expat France

Questionnaire médical (à retourner scanné séparément)

Une pathologie préexistante est un problème de santé ou problème découlant de ce dernier dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours de votre vie, qu'un traitement ou un conseil médical ait été recherché ou non. Tout problème de santé ou problème lié, dont vous ou vos ayants droit auraient raisonnablement pu connaître l'existence, sera considéré comme une pathologie préexistante. Les pathologies préexistantes sont couvertes par la police d'assurance, sauf indication contraire écrite de notre part. Les problèmes de santé apparaissant entre la signature du bulletin d'adhésion et la date d'effet de la police seront également considérés comme pathologies préexistantes. Ces pathologies préexistantes devront être soumise à une souscription médicale, et pourront ne pas être couvertes si elles ne sont pas déclarées.

Il est donc nécessaire que vous nous informiez de tout changement matériel survenant entre le moment où vous nous envoyez votre bulletin d'adhésion et notre acceptation. Dans le présent formulaire et à notre demande, vous êtes dans l'obligation de nous fournir toutes les informations dont nous pourrions avoir besoin. Ce formulaire doit être rempli complétement et précisement et toutes les informations pertinentes doivent être déclarées ; ceci est une condition préalable à la couverture. Si vous êtes déjà client, veuillez également fournir tous les détails concernant les problèmes de santé pour lesquels vous avez demandé un remboursement depuis le début de votre souscription.

Veuillez remplir le questionnaire suivant en vous référant à l'ensemble de votre historique médical et celui de vos ayants droit. **Tous les éléments matériels (éléments permettant à l'assureur d'évaluer le risque et d'accepter la souscription) doivent être communiqués**. Ne pas les communiquer peut entraîner l'annulation du contrat. **En cas de doute sur l'importance dun fait, vous devez le déclarer. Cette déclaration de santé est valable trois mois à compter de la date d'achévement et de signature de ce formulaire par l'adhérent principal.**

Pour des raisons de confidentialité de votre dossier, merci de joindre ces précisions à votre envoi dans une enveloppe fermée à l'attention du « Médecin conseil ». En fonction des précisions apportées et après analyse de notre médecin conseil, nous pouvons être amenés à refuser votre demande d'adhésion ou à l'accepter avec des restrictions de garanties ou avec une majoration de votre cotisation, tel que précisé dans les conditions générales du contrat.

Chaque assuré doit compléter et signer un Questionnaire Médical (signature du responsable légal en cas d'enfant mineur). Si vous avez plus d'un questionnaire médical à compléter, merci d'en faire une photocopie.

QUESTIONS

Vous êtes	☐ adhérent principal	☐ conjoint	☐ enfant
Nom			
Prénom			
Tension artérielle			
Poids			
Taille			

VEUILLEZ REPONDRE A TOUTES LES QUESTIONS ET APPORTER LES PRECISIONS DEMANDEES SI NECSSAIRE

1	Êtes-vous actuellement en arrêt maladie ?	☐ Oui	☐ Non
2	Avez-vous eu au cours des 3 dernières années un arrêt médical supérieur à 10 jours ?	☐ Oui	☐ Non
3	Avez-vous été hospitalisé(e) (dans un hôpital, une clinique, un établissement thermal…) au cours des 10 dernières années pour un(e) ou plusieurs :		
	- interventions chirurgicales	☐ Oui	☐ Non
	- suivis/traitements médicaux	☐ Oui	☐ Non
4	Avez-vous été atteint au cours des 10 dernières années de maladies, affections accidents ayant entrainé une surveillance médicale (traitements, soins médicaux, suivi médical régulier…) de plus de 15 jours?	☐ Oui	☐ Non

5	Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale (traitements, soins médicaux, suivi médical régulier…) et/ou prenez-vous des médicaments prescrits par un médecin (autre que contraceptifs) ?	☐ Oui ☐ Non
6	Bénéficiez-vous avant cette adhésion d'une prise en charge à 100% pour raison médicale par la sécurité sociale dans le cadre d'une ALD (Affection Longue Durée) ? Si oui, merci de préciser la pathologie. Devez-vous, dans les 12 prochains mois, subir : - une intervention médicale ou chirurgicale ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non
7	- un examen médical (radiologie, examen de laboratoire, IRM, scanner, consultation…) ? - un traitement médical de toute sorte (psychologie, kinésithérapie, radiothérapie, orthophonie, chimiothérapie, traitement dentaire, médicamenteux ...) ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non
8	Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, des tests biologiques et/ou sérologiques qui se soient révélés anormaux ?	☐ Oui ☐ Non
9	L'un de vos parents, frères ou sœurs (y compris décédés) a-t-il souffert, avant l'âge de 65 ans, de diabète, problèmes cardiaques, tension artérielle élevée, taux de cholestérol élevé, cancer, troubles rénaux, polyposie du côlon, ou toute autre pathologie héréditaire ?	☐ Oui ☐ Non
10	Consommez-vous : - plus de 10 cigarettes par jour ? - plus de 2 verres de vin (ou équivalent) par jour ?	 ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non
11	Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé des stupéfiants (marijuana, haschich…) ? Si vous avez arrêté, depuis quelle date ?	☐ Oui ☐ Non / /
12	Avez-vous déjà suivi une psychothérapie ou consulté un psychiatre ? Si oui, quand ?	☐ Oui ☐ Non / /

Si vous avez répondu **'Oui'** aux questions ci-dessus pour vous ou l'un des vôtres, merci d'apporter toutes les précisions utiles (date, motif, suite ou séquelle, nature du traitement, durée…) en rappelant le numéro de la (des) question(s) à laquelle (auxquelles) vous avez répondu « OUI ». Si vous avez besoin de plus d'espace, merci de nous joindre vos précisions sur papier libre.

Je soussigné(e) certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions de ce formulaire, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur EXPATPA et entrainer l'application des articles l.113-8 et l.113-9 du code des assurances.

Fait à (ville/pays) _____

Le (jj/mm/aaa) ____/____/____

Signature de l'adhérent, **ou du représentant légal de l'enfant mineur** (dans ce cas, merci d'indiquer votre qualité (parent, tuteur…) ainsi que votre nom et prénom) précédée de la mention «**Lu et approuvé**»