

Indigo Expat WeCare

Bulletin d'Adhésion – Premier Euro

Veillez compléter ce formulaire en LETTRES CAPITALES et cocher les cases qui conviennent pour demander votre souscription à l'une de nos couvertures Indigo Expat WeCare.

Nouvelle adhésion

Modification d'une adhésion existante

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

Vous devez nous prévenir de tout changement de coordonnées afin de recevoir la correspondance qui vous est destinée. Seules les personnes de moins de 69 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) _____

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 : _____

Langue dans laquelle vous souhaitez recevoir vos documents Français Anglais

Veillez 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 ou les Enfants à charge de moins de 18 ans ou de moins de 24 ans s'ils poursuivent leurs études. 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	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 _____ / _____ / 2019
Cette date doit être le 1^{er} 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 WeCare intervient au Premier Euro (1^{er} Euro), et est à ce titre 100% privée.

- Couverture sélectionnée**
- Indigo Expat WeCare 80
- Indigo Expat WeCare 90
- Indigo Expat WeCare 100
- Option Maternité**
- Sans Maternité
- Avec Maternité

Les garanties d'assistance et rapatriement, de responsabilité civile vie privée et d'individuelle accident sont automatiquement incluses.

Zone de couverture

- Zone 4 : Chine, Hong Kong, Taiwan + Zones 3, 2, 1
- Zone 3 : Brésil, Singapour, Russie + Zones 2, 1,
- Zone 2 : Afrique du Sud, Albanie, Angola, Andorre, Allemagne, Arabie Saoudite, Argentine, Australie, Autriche, Azerbaïdjan, Bahreïn, Barbade, Belgique, Biélorussie, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Cambodge, Canada, Chili, Chypre, Colombie, Corée du Sud, Costa Rica, Croatie, Danemark, Djibouti, Equateur, Espagne, Estonie, Féroé (îles), Finlande, France, Géorgie, Gibraltar, Grèce, Guatemala, Hongrie, Indonésie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Japon, Kazakhstan, Koweït, Lettonie, Liban, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malaisie, Malte, Maroc, Mexique, Moldavie, Monaco, Monténégro, Mozambique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Nigéria, Oman, Panama, Pays-Bas, Pérou, Pologne, Polynésie, Portugal, Qatar, République Dominicaine, République Tchèque, Roumanie, Saint Barthélémy, Saint Martin, Saint Pierre et Miquelon, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Thaïlande, Turquie, Ukraine, Uruguay, Vanuatu, Vatican, Venezuela, Vietnam et Wallis et Futuna + Zone 1
- Zone 1 : Monde entier hors pays des Zones 2 à 4

Veuillez noter que les choix sélectionnés s'appliquent à tous les membres au contrat. La formule maternité est disponible uniquement pour les couples et les familles, cela signifie que le conjoint/partenaire doit aussi être couvert par la police d'assurance. 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.

5. Cotisation et modalités de paiement

Calculez et reportez le montant trimestriel de votre cotisation _____ Euro

Frais d'adhésion trimestriel à l'Association ACME (forfait annuel de 20 Euro) _____ 5,00 Euro

Veuillez noter que si une taxe sur les primes d'assurance santé (ou autre taxe locale) s'applique dans votre pays de résidence principale, celle-ci sera indiquée et ajoutée sur votre certificat et sur l'appel de cotisation envoyé par MSH International.

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** sur un compte bancaire en France ou à Monaco (le 1 ^{er} prélèvement correspond à un trimestre de cotisations)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carte de crédit* pour votre premier paiement puis règlement des échéances suivantes par paiement sécurisé par carte bancaire sur votre Espace Assuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non disponible
Virement bancaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 carte bancaire, merci de compléter les informations suivantes

Type de carte Visa Mastercard Amex

Nom du titulaire de la carte _____

Signature du titulaire de la carte _____

Numéro de la carte _____

Date d'expiration de la carte _____ / _____ Cryptogramme
(3 derniers chiffres au dos de votre carte sauf Amex) _____

Après règlement de votre première échéance par carte bancaire, ces informations seront détruites pour des raisons réglementaires

Autorisation de paiement par carte bancaire

J'autorise MSH INTERNATIONAL pour le compte d'ACME à débiter ma carte bancaire pour le montant de la première cotisation de mon assurance internationale, soit : _____ Euro

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»

**** Pour le paiement par prélèvement automatique SEPA CORE sur un compte bancaire en France ou à Monaco, 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 MSH INTERNATIONAL 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 MSH INTERNATIONAL. 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 :

MSH International
Immeuble Season
39 rue Mstislav Rostropovitch 75815 Paris cedex 17
Identifiant du Créancier SEPA (ICS) : FR60ZZZ460359

COORDONNEES BANCAIRES DU DEBITEUR

IBAN :

BIC :

Nom de votre banque :

DATE (JJ/MM/AAA)

SIGNATURE OBLIGATOIRE

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»

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 inexacts 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 :

- MFPREVOYANCE, dans le cadre d'une délégation de souscription accordée à MGEN International Benefits, pour les garanties de Frais de Santé (contrat n°G0406),
- TOKIO MARINE Europe S.A. (TOKIO MARINE HCC) pour les garanties d'Assistance et Rapatriement, d'Individuelle Accident et de Responsabilité Civile vie privée (contrat n°FR025648TT),

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 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 MSH INTERNATIONAL 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 MSH INTERNATIONAL - Gestion ASFE - 23 allées de l'Europe 92587 Clichy Cedex - 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'édicte, 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 MSH INTERNATIONAL 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 entraîner 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»

9. 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
- Une **copie de votre carte d'identité** et/ou de votre passeport
- Un **Relevé d'Identité Bancaire** incluant votre IBAN

Toute demande incomplète ne pourra pas être traitée

Après paiement et allocation de votre prime, vous recevrez un pack de bienvenue par email comprenant :

- Une **carte d'assuré** reprenant vos informations personnelles
- Vos **identifiants de connexion** à votre espace personnalisé en ligne sur le site www.msh-intl.com
- Vous pourrez télécharger les **notices** et toutes les informations nécessaires à la bonne utilisation de votre contrat.

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 moncey@moncey-assurances.com

Informatique et libertés

Conformément à la Loi Informatique et Libertés modifiée, vos données à caractère personnel pourront être transférées à votre assureur pour réaliser les traitements dont il est responsable et qui ont notamment pour finalités la gestion des sinistres et la réalisation de statistiques à des fins de tarification. Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus, les personnels dûment habilités de l'assureur.

Vos données seront conservées par l'assureur durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes 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 :

- pour toute réclamation relative aux garanties santé : MFPrévoyance - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15, France ou par courriel (urgence.dpofs@MFPrévoyance.fr),

- pour toute réclamation relative aux garanties assistance, RC vie privée ou Individuelle Accident : Tokio Marine Europe S.A. – CS 40064 - 6/8 boulevard Haussmann, 75441 Paris cedex 09, France, ou par courriel (reclamations@tmhcc.com)

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 MGEN IB pour MFPrévoyance, Société régie par le Code des Assurances, soumise au contrôle de l'ACPR 4 Place de Budapest 75436 Paris Cedex 09.



ASSOCIATION COOPERATION, MOBILITY & EXPATRIATION (ACME),
Association régie par la Loi du 1^{er} Juillet 1901 et par décret du 16 Aout 1901. Adresse : 9 rue du 4 Septembre 75002 Paris.



Votre Courtier d'Assurances
**ASSURANCES ET
CONSEILS MONCEY**
Orias 07 005 355
Tel: +33 (0)1 53 16 42 61
FRANCE

Indigo Expat™ est un produit souscrit par l'Association loi 1901 ACME. Les produits Indigo Expat sont conçus et pilotés par Assurances et Conseils Moncey, SARL de courtage et conseil d'assurances au capital de 8 000 € - ORIAS 07 005 355 - RCS Paris 488 579 434. Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L.530-1 et L.530-2 du Code des Assurances. Les garanties frais de santé sont portées par MFPrévoyance, Société anonyme à Directoire et conseil de Surveillance, au capital de 81 773 850 euros, régie par le Code des assurances, RCS 507 648 053 Paris, Siège social : 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris cedex 15. Les garanties d'assistance, de responsabilité civile vie privée et d'individuelle accident sont portées par Tokio Marine Europe S.A., succursale en France, 6-8 Boulevard Haussmann 75441 Paris cedex 9, RCS Paris B 843 295 221, agissant en conformité avec les règles françaises du code des assurances. Tokio Marine Europe S.A est enregistrée au registre du Commerce et des sociétés du Luxembourg sous le n°B221975, agréé par le Ministère des Finances du Luxembourg et contrôlée par le Commissariat aux Assurances (CAA) et domiciliée au 33 rue Sainte Zithe, L2763 Luxembourg.

Indigo Expat WeCare

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 auriez 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 soumises 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 complètement et précisément 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 d'un fait, vous devez le déclarer. Cette déclaration de santé est valable trois mois à compter de la date d'achèvement 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 _____

Taille _____

Poids _____

Tension artérielle _____

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

1	Êtes-vous actuellement en arrêt maladie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2	Avez-vous eu au cours des 3 dernières années un arrêt médical supérieur à 10 jours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- interventions chirurgicales - suivis/traitements médicaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4	Avez-vous été atteint au cours des 10 dernières années de maladies, affections accidents ayant entraîné une surveillance médicale (traitements, soins médicaux, suivi médical régulier...) de plus de 15 jours?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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...) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non
8	Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, des tests biologiques et/ou sérologiques qui se soient révélés anormaux ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
10	Consommez-vous : - plus de 10 cigarettes par jour ? - plus de 2 verres de vin (ou équivalent) par jour ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non
11	Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé des stupéfiants (marijuana, haschich...) ? Si vous avez arrêté, depuis quelle date ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non / /
12	Avez-vous déjà suivi une psychothérapie ou consulté un psychiatre ? Si oui, quand ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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 MSH INTERNATIONAL et entraîner 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»