

# START' EXPAT

## DEMANDE D'ADHÉSION

Pour souscrire directement en ligne, rendez-vous sur notre site [www.msh-intl.com](http://www.msh-intl.com), rubrique « assurance courts séjours à l'étranger ». Vous pouvez aussi adhérer en nous renvoyant ce formulaire complété à l'adresse postale indiquée en dernière page. Nous vous remercions d'écrire en lettres capitales pour faciliter le traitement de votre demande.

Pour toute question, n'hésitez pas à nous contacter au +33 (0)1 44 20 48 77.

### 1 INFORMATIONS SUR L'ADHÉRENT PRINCIPAL AU CONTRAT

Seules les personnes âgées entre 16 et 65 ans peuvent souscrire au contrat.

Civilité: Madame  Monsieur

Prénom(s):

Nom de famille:

Date de naissance:     /     /     (JJ/MM/AAAA)     Sexe:     Masculin      Féminin

Nationalité:

Profession (pour les actifs/actives; si sans activité ou étudiant, le préciser):

Pays d'expatriation (plusieurs pays peuvent être indiqués):

Téléphone:

E-mail:

Adresse postale dans votre pays de résidence principale:

Durée d'adhésion:     1 mois      2 mois      3 mois      4 mois      5 mois      6 mois   
7 mois      8 mois      9 mois      10 mois      11 mois      12 mois

Date d'effet souhaitée (sous réserve de l'acceptation de votre dossier):     /     /

Règlement: Chèque  Autorisation de débit carte bancaire

### 2 VOTRE CLAUSE BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS (PRÉVOYANCE)

Je désigne comme bénéficiaire mon conjoint non divorcé, non séparé par un jugement définitif, à défaut mes enfants survivants, à parts égales entre eux, à défaut mes parents à parts égales entre eux ou au survivant d'entre eux, à défaut mes héritiers à parts égales entre eux.

Je désigne comme bénéficiaire:

Fait à (Ville/Pays hors USA):

Le (JJ/MM/AAAA):     /     /

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

### 3 QUESTIONNAIRE MEDICAL

Merci d'écrire en lettres capitales.

Civilité: Madame  Monsieur

Prénom(s):

Nom de famille:

Date de naissance:     /     /     (JJ/MM/AAAA)     Sexe:     Masculin      Féminin

Nationalité:

Taille (cm):

Poids (kg):

#### EN CAS DE RÉPONSE(S) POSITIVE(S) À L'UNE DES QUESTIONS CI-DESSOUS :

Merci d'apporter toutes les précisions utiles (date, motif, suites ou séquelles, nature du traitement, durée...) sur une feuille complémentaire, datée et signée. Pour des raisons de confidentialité, merci de la joindre à votre envoi dans une enveloppe fermée à l'attention du « Médecin Conseil »

Avez-vous été hospitalisé(e) ou avez-vous subi une intervention chirurgicale au cours des 10 dernières années (hors ablation de l'appendicite, des amygdales, des végétations ou des dents de sagesse) ?

OUI  NON

Avez-vous été par le passé, ou êtes-vous actuellement sous surveillance médicale (traitement, soins médicaux, médicaments...) ?

OUI  NON

Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie, d'une affection ou d'un accident ayant entraîné une surveillance médicale de plus de 30 jours ?

OUI  NON

Devez-vous, dans les 12 prochains mois, subir une intervention médicale ou chirurgicale et/ou un examen médical et/ou un traitement médical de toute sorte (psychologie, psychiatrie, kinésithérapie, radiothérapie, orthophonie, chimiothérapie, traitement dentaire, traitement médicamenteux...) ?

OUI  NON

Avez-vous subi des tests biologiques et/ou sérologiques dont les résultats ont été anormaux ?

OUI  NON

Je 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 les Assureurs de l'Association (étant entendu que les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances prescrivent la nullité de l'assurance et la réduction des garanties s'il est fait la preuve d'une fausse déclaration).

Fait à (Ville/Pays hors USA):

Le (JJ/MM/AAAA):     /     /

**Signature de l'adhérent ou du représentant légal de l'enfant mineur**

(dans ce cas, merci d'indiquer votre qualité ainsi que vos nom et prénom)  
Précédée de la mention « Lu et approuvé » :

#### 4 SIGNATURE DE LA DEMANDE D'ADHÉSION

**JE DEMANDE** mon adhésion à ASFE (Association of Services for Expatriates), association de loi 1901 dont le siège est Immeuble Season - 39 rue Mstislav Rostropovitch - 75815 Paris cedex 17, ainsi qu'aux conventions d'assurance souscrites par elle auprès des compagnies d'assurances suivantes:

- **AXA FRANCE VIE**,  
pour les garanties de Frais de Santé
- **EUROP ASSISTANCE**  
pour les garanties d'Assistance Médicale et Rapatriement, de Prévoyance, et de Responsabilités Civiles Vie Privée et Locative

#### JE RECONNAIS :

- avoir pris note du conseil délivré par MSH INTERNATIONAL et souhaite le suivre. MSH INTERNATIONAL est une société française de courtage (enregistrée à l'ORIAS sous le numéro 07 002 751) qui conçoit et gère pour le compte de l'ASFE l'ensemble de sa gamme d'assurances, dont le contrat START'EXPAT.
- avoir pris connaissance et accepté les dispositions des conditions générales START'EXPAT, valant 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 ses 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'ASFE ne me dispense pas des cotisations dues au régime obligatoire dont je pourrais relever.
- 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.
- avoir reçu toutes les informations en matière de traitement de données à caractère personnel et avoir consenti explicitement, si je réside hors Union Européenne pour bénéficier d'une couverture santé à l'international, à ce que mes données puissent être transférées vers des prestataires de santé situés dans des pays tiers à l'Union Européenne assurant un niveau de protection différent de celui prévu par le RGPD.
- 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.

**JE CONSENS EXPLICITEMENT** pour bénéficier des garanties santé de mon contrat, à ce que mes données puissent être transférées vers des pays tiers à l'Union Européenne assurant un niveau de protection adéquat ou moyennant l'usage de garanties appropriées comme la conclusion des clauses types de protection des données adoptées par la Commission Européenne ou encore sur la base des dérogations prévues à l'article 49 du règlement no 2016/679, dit règlement général sur la protection des données.

**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 cette demande d'adhésion et 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 hors USA):

Le (JJ/MM/AAAA):        /        /

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

#### 5 AUTORISATION DE DÉBIT DE CARTE BANCAIRE

J'autorise MSH INTERNATIONAL / ASFE à débiter ma carte bancaire pour le montant total de ma cotisation, soit:

Nom du titulaire de la carte bancaire:

Type de carte de crédit:    Visa     Mastercard     Amex

Numéro de la carte:

Date d'expiration:        /        /  
(JJ/MM/AAAA)

**Cryptogramme:**  
(les trois derniers chiffres au dos de votre carte bancaire, sauf Amex)

Fait à (Ville/Pays hors USA):

Le (JJ/MM/AAAA):        /        /

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

## 6 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

MSH International situé à Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch 75815 Paris cedex 17, met en œuvre un traitement de données à caractère personnel nécessaire à la mise en place de votre contrat de couverture santé, sa gestion et son suivi et à la réalisation des diligences réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment et de financement du terrorisme, la communication d'informations exceptionnelles et temporaires relatives à des événements de crise et force majeure (crise sanitaire, politique...). A cet égard, les données collectées sont toutes obligatoires. Les destinataires de vos données à caractère personnel sont : l'assureur porteur de risques, les différentes entités composant MSH International et les prestataires participant à l'exécution de votre contrat à travers le monde. A ce titre, vos données peuvent être transférées vers des pays tiers à l'Union Européenne assurant un niveau de protection adéquat ou moyennant l'usage de garanties appropriées comme la conclusion des clauses types de protection des données adoptées par la Commission Européenne ou encore sur la base des dérogations prévues à l'article 49 du règlement no 2016/679, dit règlement général sur la protection des données. Vos données à caractère personnel seront conservées pendant toute la durée du Contrat telle que prescrite par les lois applicables en la matière. Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, ou d'effacement ou de limitation ou d'opposition et de portabilité de vos données à caractère personnel ainsi que du droit d'organiser des directives post mortem. Pour l'exercice de vos droits, veuillez écrire au Délégué à la Protection des Données par e-mail à l'adresse [dpo@s2hgroup.com](mailto:dpo@s2hgroup.com) ou par courrier à SIACI SAINT HONORE - Délégué à la Protection des Données - Immeuble Season - 39 rue Mstislav Rostropovitch 75815 Paris Cedex 17. Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle en charge de la protection des données personnelles. Vous pouvez accéder à notre Politique de Protection des Données à Caractère Personnel dans son intégralité en vous rendant sur notre site, [www.msh-intl.com](http://www.msh-intl.com) rubrique mentions légales.

## 7 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. Vous pouvez également solliciter le Service réclamation, au 23 allées de l'Europe 92 587 Clichy Cedex ou à l'adresse du Service réclamation du siège régional dont vous dépendez (et dont les coordonnées sont rappelées dans la rubrique «Contact»). Dans ce cas, nous nous engageons à vous apporter une réponse sous deux mois maximum à compter de la réception de la totalité des éléments de votre réclamation ou, à défaut, de vous tenir informé du déroulement de son traitement. Si vous restez en désaccord 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 re restons à votre entière disposition pour répondre à toutes vos questions.

## 8 FINALISATION DE LA DEMANDE D'ADHÉSION

### **Pour finaliser votre adhésion, merci de nous adresser par e-mail ou courrier postal :**

- le bulletin d'adhésion complété et signé,
- le questionnaire médical complété et signé, et les informations médicales complémentaires (sur un feuillet à part, daté et signé) si des réponses positives ont été signalées,
- une copie de votre carte d'identité ou de votre passeport,
- un RIB pour le remboursement de vos frais de soins de santé,
- le paiement de votre cotisation.

### **Vous pouvez régler votre cotisation avec :**

- l'autorisation de débit de carte bancaire complétée et signée, avec la pièce d'identité du souscripteur s'il est différent de l'assuré
- ou
- un chèque à l'ordre d'ASFE

### **Après règlement de votre cotisation, vous recevrez un e-mail de bienvenue avec votre guide de l'adhérent, contenant :**

- un guide pratique qui vous accompagnera dans vos démarches de remboursements et vous apportera des réponses claires et pratiques aux questions que vous vous posez,
- vos conditions générales.

### **SOUSCRIPTION EN LIGNE :**

[www.msh-intl.com](http://www.msh-intl.com) rubrique « assurance courts séjours à l'étranger »

### **SOUSCRIPTION PAR COURRIER :**

MSH International / ASFE - Service Adhésions  
23 allées de l'Europe - 92587 Clichy Cedex - France

**Nous vous informons que toute demande incomplète ne pourra pas être traitée.**



GRUPE SIACI SAINT HONORE

pour le compte de



ASFE - MSH INTERNATIONAL : société française de courtage d'assurance, société par actions simplifiées au capital de 2 500 000 euros, dont le siège social est Immeuble Season - 39 rue Mstislav Rostropovitch - 75815 Paris cedex 17, 352 807 549 - RCS paris, enregistrée à l'ORIAS sous le n°07 002 751, n° de TVA intracommunautaire FR 78 352 807 549

01/2020