

MSH ASSISTANCE

Demande d'adhésion



MERCI DE COMPLÉTER CE FORMULAIRE EN LETTRES CAPITALES, et de nous l'envoyer :

- par e-mail : à newapplication@msh-intl.com en signant et scannant l'ensemble de ce bulletin d'adhésion.
- par courrier postal : voir coordonnées en bas de la dernière page de ce bulletin.

Si vous avez besoin d'aide pour compléter ce bulletin d'adhésion, contactez-nous au +33 (0)1 44 20 48 77.

INFORMATIONS SUR L'ADHÉRENT PRINCIPAL AU CONTRAT

Accessible à toute personne jusqu'à 75 ans inclus.

Civilité : M. ☐ Mme ☐ Nom de famille :

Prénom(s) :

Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Nationalité (nationalité de votre passeport principal) :

Ville et pays de naissance :

Pays d'origine (le pays où vous vous trouvez au moment de l'adhésion) :

Pays d'expatriation (le pays dans lequel vous vivez plus de 6 mois dans l'année) :

Adresse postale dans votre pays de résidence principale (obligatoire, cette adresse sera utilisée pour les communications liées au contrat) :

Nom et adresse d'expédition des appels de cotisation (si différente de l'adresse ci-dessus) :

Numéro de téléphone : indicatif pays : indicatif régional : numéro :

Adresse e-mail pour recevoir les alertes de remboursement (obligatoire, en lettres capitales) :

Adresse e-mail pour recevoir les appels de cotisation (si différente de l'adresse e-mail ci-dessus, obligatoire) :

Profession (obligatoire, si étudiant ou sans activité, le préciser) :

Secteur d'activité (obligatoire, si étudiant ou sans activité, ne pas remplir) :

Langue dans laquelle vous souhaitez recevoir vos documents contractuels : Français ☐ Anglais ☐

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 26 ans s'ils poursuivent leurs études. Dans ce dernier cas, au début de chaque année scolaire après l'âge de 18 ans, l'enfant à charge devra justifier de sa scolarité. 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.

Nous vous remercions de votre connaissance de vos ayants droit nos dispositions relatives à la protection de leurs données à caractère personnel et plus particulièrement de les informer de leurs droits d'accès, rectification ou effacement, limitation, opposition et de portabilité de leurs données à caractère personnel.

	AYANT DROIT 1	AYANT DROIT 2	AYANT DROIT 3	AYANT DROIT 4
Lien avec l'adhérent principal	Conjoint ☐ Enfant ☐	Enfant ☐	Enfant ☐	Enfant ☐
Prénom(s)				
Nom de famille				
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	/ /	/ /	/ /	/ /
Sexe	M ☐ F ☐	M ☐ F ☐	M ☐ F ☐	M ☐ F ☐
Nationalité				
Ville et pays de naissance				
Pays d'origine				
Pays d'expatriation				
Profession (obligatoire, si étudiant ou sans activité, le préciser)				
Secteur d'activité (obligatoire, si étudiant ou sans activité, ne pas remplir)				

DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION AU CONTRAT

Merci d'indiquer la date à laquelle vous souhaitez que votre couverture commence (JJ/MM/AAAA) :
(doit obligatoirement être le **1^{er}** ou le **15** du mois souhaité)

Aucune adhésion rétroactive ne pourra être acceptée.

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

- ☐ **Je consens explicitement**, pour bénéficier des garanties 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 n° 2016/679, dit règlement général sur la protection des données.

MODALITÉS DE PAIEMENT DE VOTRE COTISATION

Montant annuel de votre cotisation : . Euro

À RENSEIGNER SI LE PAYEUR EST DIFFÉRENT DE L'ASSURÉ PRINCIPAL

Si le payeur est une personne morale, veuillez impérativement télécharger et remplir le formulaire : [TÉLÉCHARGER](#)

Prénom, nom du payeur :

Adresse de facturation du payeur :

Date (JJ/MM/AAAA) et lieu de naissance (ne pas renseigner si personne morale) : _____, à _____

Profession et secteur d'activité du payeur :

Adresse e-mail pour recevoir les appels de cotisation :

Lien entre le payeur et l'adhérent principal :

- ☐ Employeur
- ☐ Lien familial proche (parent, enfant, grand-parent, petit-enfant, frère ou sœur), précisez :
- ☐ Autre, précisez :

PÉRIODICITÉ ET MODE DE RÈGLEMENT

Merci de cocher le mode avec lequel vous souhaitez effectuer votre paiement.

- ☐ **Carte bancaire⁽¹⁾** pour votre première cotisation puis règlement des échéances suivantes par paiement sécurisé par carte bancaire sur votre Espace Assuré

- ☐ **Prélèvement automatique SEPA CORE⁽²⁾** sur un compte bancaire en France ou à Monaco.
Le premier paiement se fera par CB, **merci de bien compléter le mandat SEPA et le prélèvement par carte bancaire.**

- ☐ Virement bancaire
Pays de domiciliation du compte bancaire payeur :

Fait à (ville/pays, hors USA et pays sous sanctions internationales**) :

Signature de l'adhérent :

Le (JJ/MM/AAAA) :

⁽¹⁾ En cas de paiement par carte bancaire, merci de compléter les informations suivantes :

Type de carte de crédit : Visa ☐ Mastercard ☐ Amex ☐
Nom du titulaire de la carte bancaire :
Qualité du titulaire de la carte bancaire (merci d'indiquer votre qualité : tuteur, parent...)
Numéro de carte :
Date d'expiration (MM/AA) :
Cryptogramme visuel (obligatoire) :
(les 3 derniers chiffres au dos de votre carte ou 4 pour les cartes AMEX. Pour les cartes American Express, il se trouve sur le devant de votre carte.)

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 pour le compte d'ASFE à débiter ma carte bancaire pour le montant de la première cotisation de mon assurance internationale, soit :

Euro

Fait à (ville/pays, hors USA et pays sous sanctions internationales**) :

Signature du titulaire de la carte bancaire :

Le (JJ/MM/AAAA) : / /

** Pour toute question sur les pays sous sanctions internationales, contactez-nous.

⁽²⁾ En cas de paiement par prélèvement automatique SEPA CORE sur un compte bancaire en France ou à Monaco, merci de :

- compléter l'autorisation de prélèvement suivante,
- joindre votre RIB/Bank account slip,
- remplir également l'autorisation de Carte Bancaire en page 3 pour le premier paiement de votre cotisation.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA CORE - RIB/BANK ACCOUNT SLIP À JOINDRE

Référence unique du mandat : RUM (vous sera communiquée lors de votre prochain appel de cotisation)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez MSH 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. 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, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE

INFORMATIONS DU CRÉANCIER

Nom et adresse du créancier :

MSH

Immeuble Season - 39 rue Mstislav Rostropovitch
75815 Paris cedex 17

Identifiant du Créancier SEPA (ICS) : FR60ZZZ460359

COORDONNÉES BANCAIRES DU TITULAIRE DU COMPTE

IBAN:

BIC :

Nom de votre banque :

DATE (JJ/MM/AAAA) :

SIGNATURE OBLIGATOIRE :

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

MSH 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 d'assistance, sa gestion et son suivi et à la réalisation des diligences réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, la communication d'informations exceptionnelles et temporaires relatives à des événements de crise et force majeure (crise sanitaire, politique...). À 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 et les prestataires participant à l'exécution de votre contrat à travers le monde. À 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 n° 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 ou par courrier à DIOT-SIACI - 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 rubrique « Mentions légales ».

L'Assureur utilise les données personnelles que l'Adhérent met à sa disposition ou, le cas échéant, à la disposition du courtier en assurance de l'Adhérent pour la souscription et la gestion de cette Police d'assurance, y compris en cas de sinistre afférent à celle-ci. Ces données comprennent des informations de base telles que les nom et prénom des Assurés, leur adresse et leur numéro de police, mais peuvent aussi comprendre des données comme par exemple, leur âge, leur état de santé, leur situation patrimoniale ou l'historique de leurs sinistres, si celles-ci sont pertinentes au regard du risque assuré, des prestations fournies par l'Assureur ou des sinistres déclarés par l'Adhérent ou les Assurés.

L'Assureur appartenant à un groupe mondial de sociétés, les données personnelles des Assurés pourront être partagées avec d'autres sociétés de son groupe, situées dans des pays étrangers, dès lors que ce partage est nécessaire à la gestion ou l'exécution de la police d'assurance, ou à la conservation des données des Assurés.

L'Assureur utilise également des prestataires et gestionnaires, qui peuvent avoir accès aux données personnelles des Assurés, conformément aux instructions et sous le contrôle de l'Assureur.

Les Assurés bénéficient de droits relatifs à leurs données personnelles, notamment des droits d'accès ainsi que, le cas échéant, d'un droit à l'effacement de leurs données. Cette clause est une version courte du traitement des données personnelles de l'Assuré effectué par l'Assureur. Pour plus d'informations, les Assurés et l'Adhérent ont la possibilité de se reporter à la Politique de Confidentialité, accessible via le lien suivant : <https://www2.chubb.com/fr-fr/footer/politiquedeconfidentialite-en-ligne.aspx>. Les Assurés et l'Adhérent peuvent également demander à l'Assureur un exemplaire papier de la Politique de Confidentialité, à tout moment, en soumettant leur demande par email à l'adresse suivante : dataprotectionoffice.europe@chubb.com.

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 92587 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, vous pouvez saisir la Médiation de l'Assurance en dernier recours :

- par courrier : La Médiation de l'Assurance, Pôle PLANÈTE CSCA, TSA 50110, 75441 PARIS CEDEX 09
- en ligne : <https://www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur>
- par email : le.mediateur@mediation-assurance.org

Nous restons à votre entière disposition pour répondre à toutes vos questions.

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 Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch 75815 PARIS Cedex 17, ainsi qu'à la convention d'assurance souscrite par elle auprès de la compagnie d'assurances suivante :

- CHUBB, pour les garanties d'Assistance et Responsabilité civile du produit MSH Assistance

JE RECONNAIS :

- Avoir pris note du conseil délivré par MSH et souhaite le suivre. MSH 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 MSH Assistance.
- Avoir pris connaissance et accepté les dispositions de la notice d'information MSH Assistance, en avoir conservé un exemplaire et accepter les termes de la présente demande d'adhésion. Je reconnais avoir pris connaissance de mon droit à renonciation.
- Avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services de gestion de MSH peuvent être enregistrées pour les besoins de gestion interne et dans le but d'améliorer nos services. Je peux avoir accès aux enregistrements de mes appels en m'adressant par écrit à MSH - 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.
- 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.
- 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 d'assistance à l'international, à ce que mes données puissent être transférées vers des prestataires 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.
- Avoir informé mes ayants droit au contrat, des droits dont ils disposent en matière de protection de leurs données à caractère personnel.

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 MSH et entraîner l'application des articles L.113-8 et L.113-9 du code des assurances.

Fait à (ville/pays, hors USA et pays sous sanctions internationales *) :

Signature de l'adhérent :

Le (JJ/MM/AAAA) : / /

* Pour toute question sur les pays sous sanctions internationales, contactez-nous.

FINALISATION DE LA DEMANDE D'ADHÉSION

Pour finaliser votre adhésion, merci de nous adresser par e-mail :

- Le bulletin d'adhésion complété et signé,
- Une copie d'une pièce d'identité en cours de validité et avec photographie (carte d'identité ou de passeport) de l'adhérent principal et ses ayants droit et du payeur de la prime (si différent de l'adhérent principal).
- En cas de paiement par prélèvement automatique SEPA, merci de joindre votre RIB/Bank account slip.
- Un certificat de scolarité pour vos enfants de 18 à 25 ans.

Si le payeur est une personne morale :

- Un document d'identification de la personne morale de moins de 3 mois (kbis ou certificat d'immatriculation de la société)
- Le formulaire d'information client complété.

Vous pouvez régler votre cotisation avec :

- Le mandat de prélèvement SEPA CORE complété et signé (sur un compte en France ou Monaco uniquement),

ou

- L'autorisation de débit de carte bancaire complétée et signée,

ou

- Un virement bancaire.

Après règlement de votre cotisation, vous recevrez un e-mail de bienvenue avec :

- Une carte personnalisée avec les coordonnées de l'assistance.
- Vos identifiants pour vous permettre d'accéder à votre espace adhérent et à la notice relative au contrat.

SOUSCRIPTION PAR E-MAIL :

Compléter ce bulletin d'adhésion
avec les pièces jointes listées ci-dessus
et l'adresser à :

newapplication@msh-intl.com

**NOUS VOUS INFORMONS QUE TOUTE DEMANDE INCOMPLÈTE
NE POURRA PAS ÊTRE TRAITÉE.**

scb-communication.com - 260101

ASFE - MSH : 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