

# RELAIS'EXPAT+

**Demande d'adhésion en complément de la CFE**
**VOTRE CONSEILLER**
**Nom :**
**Tél. :**
**MERCI DE COMPLÉTER CE FORMULAIRE EN LETTRES CAPITALES**, et de nous l'envoyer :

- par e-mail : à [newapplication@msh-intl.com](mailto: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**

## INFORMATIONS SUR L'ADHÉRENT PRINCIPAL AU CONTRAT

*Accessible à toute personne jusqu'à 70 ans inclus sauf formule HOSPI : 60 ans inclus.*

 Civilité : M.  Mme 

Prénom(s) :

Nom de famille :

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

Nationalité (nationalité de votre passeport principal) : Numéro de Sécurité Sociale :

Pays d'origine (soit votre pays de nationalité, soit le pays dans lequel vous souhaiteriez être rapatrié-e) :

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 20 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 porter à la 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 <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Prénom(s)				
Nom de famille				
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)				
Sexe	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"/>
Nationalité				
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<sup>er</sup> 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.

## CHOIX DE VOTRE NIVEAU DE COUVERTURE SANTÉ ET DES OPTIONS ASSOCIÉES

**Merci de bien vouloir noter que le niveau de couverture santé / les garanties de couverture santé doivent être les mêmes pour l'ensemble des bénéficiaires du contrat.**

Choisissez votre formule de couverture santé :

Formule Quartz       Formule Pearl       Formule Sapphire       Formule Diamond

Choisissez vos garanties de couverture de santé :

- HOSPI\*\* :      Hospitalisation + Évacuation médicale
- HEALTH :      Hospitalisation + Évacuation médicale + Frais médicaux courants\*
- HEALTH+ :      Hospitalisation + Évacuation médicale + Frais médicaux courants\* + Optique + Dentaire
- HEALTH+CHILD :      Hospitalisation + Évacuation médicale + Frais médicaux courants\* + Optique + Dentaire + Maternité

\* la garantie **Frais médicaux courants** inclut automatiquement l'Assistance juridique + la Responsabilité civile vie privée

\*\*HOSPI : souscription jusqu'à 60 ans inclus, autres formules : jusqu'à 70 ans inclus

Choisissez votre option Assistance Rapatriement

La garantie Évacuation médicale est automatiquement incluse au contrat.

Si vous souhaitez en plus souscrire à l'Option rapatriement, indiquez-le ici :      OUI       NON

**Choix de la zone de couverture** (la zone de couverture minimale par défaut est celle dans laquelle figure votre pays d'expatriation) :

Les garanties sont acquises dans la zone de couverture sélectionnée ainsi que dans les zones de couverture inférieures :  
ainsi par exemple, si la zone de couverture 3 a été retenue, les garanties sont acquises en zone 3, mais également dans les zones 1 et 2.

Si vous souhaitez être couvert dans une zone de couverture supérieure, merci de la renseigner ici et indiquer le pays :

- zone 4** : Bahamas, Brésil, Chine, Hong Kong, Jersey, Mexique, Royaume-Uni, Saint-Barthélemy, Saint Martin, Suisse et Singapour + zones 1, 2, 3
- zone 3** : Australie, Autriche, Canada, Émirats Arabes Unis, Espagne, Grèce, Irlande, Israël, Italie, Japon, Nouvelle-Zélande, Polynésie Française, Portugal, Qatar, Saint Pierre et Miquelon, Taiwan, Turquie, Russie et Vanuatu + zones 1 et 2
- zone 2** : Afrique du Sud, Andorre, Angola, Allemagne, Arabie Saoudite, Argentine, Azerbaïdjan, Bahreïn, Barbade, Belgique, Biélorussie, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chili, Chypre, Colombie, Costa Rica, Croatie, Danemark, Djibouti, Équateur, Finlande, Géorgie, Guatemala, Hongrie, Islande, Kazakhstan, Koweït, Lettonie, Liban, Liechtenstein, Luxembourg, Malaisie, Monaco, Mozambique, Norvège, Nigéria, Oman, Panama, Pays-Bas, Pérou, République Dominicaine, République Tchèque, Slovaquie, Suède, Thaïlande, Ukraine, Uruguay, Venezuela, Vietnam et Wallis et Futuna + zone 1
- zone 1** : Monde entier (dont la France) hors pays des zones 2 à 4.

Pour des raisons de lisibilité, certaines îles et territoires ne figurent pas dans la liste de pays. Si votre pays d'expatriation n'apparaît pas, merci de prendre contact avec nous.

NB : Les USA ne sont pas compris parmi les zones de couverture.

Nous vous informons que certains des pays listés ci-dessus hors Union Européenne, vers lesquels vos données pourraient être transférées si vous y résidez, peuvent assurer un niveau de protection différent de celui prévu par le RGPD.

- 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 n° 2016/679, dit règlement général sur la protection des données.



<sup>(2)</sup> 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 A 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 :

## OBLIGATOIRE : MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Je souhaite que mes remboursements soient versés :

- sur le même compte bancaire que celui que j'indique pour le prélèvement de mes cotisations
- sur un compte bancaire différent du compte utilisé pour le prélèvement des cotisations (joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB/Bank account slip)).

### NOM, PRÉNOM ET ADRESSE

### COORDONNÉES BANCAIRES DU DÉBITEUR

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 de couverture santé, 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](mailto: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](http://www.msh-intl.com) rubrique « Mentions légales ».

## 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](mailto: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'aux conventions d'assurance souscrites par elle auprès des compagnies d'assurances suivantes :

- GROUPAMA GAN VIE, pour les garanties de Frais de Santé et les garanties de Prévoyance de RELAIS'EXPAT+
- EUROP ASSISTANCE, pour les garanties d'Évacuation Médicale et d'Assistance Médicale / Rapatriement Sanitaire de RELAIS'EXPAT+
- CIVIS - AREAS, pour les garanties d'Assistance Juridique de RELAIS'EXPAT+
- CHUBB, pour les garanties de Responsabilité Civile de RELAIS'EXPAT+

### 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 RELAIS'EXPAT+.
- Avoir pris connaissance et accepté les dispositions de la notice d'information valant conditions générales RELAIS'EXPAT+, 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 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.
- 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.
- Avoir informé mes ayants droit au contrat, des droits dont ils disposent en matière de protection de leurs données à caractère personnel.

**J'AUTORISE MSH 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 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, ou du représentant légal de l'enfant mineur** (dans ce cas, merci d'indiquer votre qualité (parent, tuteur...) ainsi que votre nom et prénom)

**Le** (JJ/MM/AAAA) :

\* Pour toute question sur les pays sous sanctions internationales, contactez :



## 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, daté et signé.
- L'attestation CFE (datée de moins d'un mois) précisant la date d'ouverture des droits, le nom des bénéficiaires ainsi que le nom du contrat souscrit. Nous vous rappelons que le contrat Relais'Expat ne peut pas fonctionner en complément de FrancExpat.
- Le questionnaire médical figurant sur les pages précédentes, complété et signé, et les informations médicales complémentaires si des réponses positives ont été signalées. L'assuré principal et, le cas échéant chacun de ses ayants droit, doivent compléter un questionnaire médical.
- 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).
- Un RIB/Bank account slip ou les coordonnées du compte bancaire à créditer pour le remboursement de vos frais de soins de santé.
- En cas de paiement par prélèvement automatique SEPA, merci de joindre votre RIB/Bank account slip.
- Une attestation de votre précédente complémentaire santé datée de moins d'un mois ainsi qu'un résumé de garanties pour étudier la suppression éventuelle des délais de carence de certaines garanties.
- Un certificat de scolarité pour vos enfants de 18 à 20 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.
- Pour les contrats RetraitExpat, merci de joindre l'attestation vitale.

Vous pouvez régler votre cotisation avec :

- L'autorisation de débit de carte bancaire complétée et signée,  
ou
- Le mandat de prélèvement SEPA CORE complété et signé à l'exception de la première cotisation (cf page 3), sur un compte en France ou Monaco uniquement,  
ou
- Un virement bancaire.

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

- Une carte personnalisée avec l'ensemble de nos coordonnées.
- Vos identifiants pour vous permettre d'accéder à l'ensemble des services en ligne mis à votre disposition sur [www.msh-intl.com](http://www.msh-intl.com) dans votre espace adhérent.
- Votre guide de l'adhérent, qui comprend l'ensemble des conditions générales du contrat et toutes les informations nécessaires à l'utilisation de votre contrat.

### SOUSCRIPTION VIA VOTRE ESPACE DÉDIÉ :

Rubrique Mes projets - Faire un devis  
[intermediaries@msh-intl.com](mailto:intermediaries@msh-intl.com)

### SOUSCRIPTION PAR E-MAIL :

Compléter ce bulletin d'adhésion avec les pièces jointes listées ci-dessus et l'adresser à :  
[newapplication@msh-intl.com](mailto:newapplication@msh-intl.com)

### SOUSCRIPTION PAR COURRIER :

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

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

### UNE QUESTION ?

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 78352807549

