

LIFEPLAN'EXPAT

Demande d'adhésion

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 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

Seules les personnes de moins de 66 ans peuvent souscrire au contrat.

Civilité: M. Mme

Prénom(s):

Nom de famille:

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

Nationalité (nationalité de votre passeport principal):

Pays d'origine (votre pays de nationalité):

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):

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:

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

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.

BÉNÉFICIAIRE(S) DU CAPITAL DÉCÈS / INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE: OBLIGATOIRE

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.

ou

Je désigne comme bénéficiaire (nom - prénom - numéro de téléphone - adresse):

.....
.....
.....

CHOIX DE VOS GARANTIES DE PRÉVOYANCE

Merci de bien vouloir noter que la devise retenue pour le contrat (Euro ou Dollar US) doit être la même pour toutes les garanties sélectionnées.

Choisissez la devise du contrat : Euro Dollar US

Garantie obligatoire: Choisissez votre Capital Décès / Invalidité Absolue Définitive Toutes Causes

Ce capital est compris entre 25 000 € (30 000 \$) et 1 000 000 € (1 200 000 \$), par tranches de 25 000 € (30 000 \$).

Montant souhaité:

Le(s) bénéficiaire(s) de ce capital doit/doivent être renseigné(s) en bas de la page précédente.

CHOIX DE VOS GARANTIES DE PRÉVOYANCE EN OPTION

chacune de ces options peut être souscrite indépendamment l'une de l'autre

Les données à caractère personnel demandées sont nécessaires à la mise en place de votre contrat de couverture prévoyance. Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données personnelles, merci de vous référer au paragraphe «Protection des données personnelles» en page 4.

• **Doublement du capital Décès/Invalidité Absolue Définitive** en cas d'accident OUI NON

• **Capital Infirmitté toutes causes** (Capital maximal versé en cas d'infirmitté constatée supérieure à 33 % d'invalidité)

Ce capital est au choix entre 25 000 € (ou 30 000 \$) et 1 000 000 € (ou 1 200 000 \$) et ne peut être supérieur au capital décès souscrit.

Montant souhaité:

• Garantie Arrêt de travail

En cas d'incapacité temporaire de travail, cette garantie permet de maintenir votre niveau de vie en vous versant des indemnités selon les règles établies ci-après, en fonction de votre revenu mensuel brut (ou annuel brut divisé par 12).

La garantie **Indemnités Journalières**, de type «français» ne peut se cumuler aux garanties de type «anglo-saxonne», **Short term disability** et/ou **Long term disability**. Ces deux dernières peuvent quant à elles être souscrites ensemble, ou indépendamment l'une de l'autre.

Garanties Arrêt de travail de type «français» (non disponible si une ou des garanties Arrêt de travail de type «anglo-saxon» a/ont été souscrite(s))

Indemnités journalières

Indemnité qui sera versée après une période de franchise obligatoire (voir ci-dessous) et pendant une durée maximale de 24 mois, et qui sera suivie par le versement d'une rente si votre incapacité de travail est reconnue permanente.

Votre revenu mensuel brut:

Trois franchises sont disponibles: 30 jours 60 jours 90 jours

Merci de cocher la case qui vous convient. La franchise étant ici la période pendant laquelle vous ne recevrez pas encore d'indemnités.

Montant de l'indemnité journalière: montant compris entre 25 € (ou 30 \$) et 400 € (ou 480 \$) par tranche de 25 € ou 30 \$, dans la limite du montant de capital décès souscrit / 1 000 et qui ne peut excéder 70 % du revenu journalier (soit le revenu mensuel brut / 30) brut déclaré. Dans le cas où l'indemnité maximale se situe entre 2 tranches, la tranche supérieure peut être acceptée.

*Exemple: Monsieur M. gagne 5 000 € par mois, et souscrit 300 000 € de capital décès. Son indemnité journalière maximale se calcule donc de la manière suivante: (5 000/30)*0,7 = 116,66, qui est dans la limite du capital décès (300 000 €/1 000). Monsieur M pourra donc choisir une indemnité journalière allant de 25 € (l'indemnité minimale) à 125 €, dans ce dernier cas son indemnité lui garantira un revenu mensuel de 3 750 €.*

Montant souhaité:

ou

Garanties Arrêt de travail de type «anglo-saxon»

Votre revenu mensuel brut:

a. Short term disability (non disponible si la garantie Indemnité journalière a été souscrite)

Cette garantie vous permettra de recevoir une indemnité dès le 1^{er} jour en cas d'incapacité temporaire de travail dû à un accident ou une hospitalisation, et dès le 7^e jour en cas de maladie. Cette indemnité s'arrêtera automatiquement après une des 3 périodes proposées ci-dessous: 30 jours 60 jours 180 jours

Merci de cocher la période de votre choix. Le montant de l'indemnité reçue est automatiquement de 70 % de vos revenus avec un maximum de 400 €/480 \$.

*Exemple: Madame B a un revenu brut de 7 000 €/mois, son indemnité mensuelle «short term disability» sera de (7 000*0,7) = 4 900 € (soit 163,33 € par jour) à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail dû à un accident ou une hospitalisation / 7^e jour en cas de maladie et jusqu'au 30^e, 60^e ou 180^e jour d'arrêt de travail, selon son choix.*

b. Long term disability (non disponible si la garantie Indemnité journalière a été souscrite)

Cette garantie peut prendre le relais de la garantie Short term disability, sans que cela ne soit obligatoire.

Cette garantie vous permettra de recevoir une indemnité après expiration de la période choisie ci-dessous et jusqu'au 1080^e jour.

Dans le cas où la garantie Short Term disability a été souscrite, cette période ne peut être inférieure à celle choisie pour la garantie Short term. 30 jours 60 jours 180 jours

Merci de cocher la période de votre choix. Le montant de l'indemnité reçue est automatiquement de 70 % de vos revenus avec un maximum de 400 €/480 \$.

*Exemple: Madame B a un revenu brut de 7 000 €/mois, son indemnité mensuelle «Long term disability» sera de (7 000*0,7) = 4 900 € (soit 163,33 € par jour) à partir du 30^e, 60^e ou 180^e jour d'arrêt de travail, selon son choix.*

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

- par courrier : La Médiation de l'Assurance, Pôle PLANETE 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.

FORMALITÉS MÉDICALES À NOUS RETOURNER

En fonction de votre âge et du capital décès souscrit, différentes formalités médicales vous seront demandées pour que nous puissions valider votre adhésion.

Merci de vous référer au tableau ci-dessous pour connaître les formalités à nous renvoyer, avec le détail correspondant à chaque situation dans la légende ci-dessous :

Capital décès / Invalidité absolue définitive	25 000 € à 150 000 € (30 000 \$ à 180 000 \$)	150 001 € à 250 000 € (180 001 \$ à 300 000 \$)	250 001 € à 350 000 € (300 001 \$ à 420 000 \$)	350 001 € à 500 000 € (420 001 \$ à 600 000 \$)	500 001 € à 1 000 000 € (600 001 \$ à 1 200 000 \$)
45 ans et moins	1	1	2	4	5
De 46 ans à 55 ans	1	2	4	4	5
De 56 ans à 65 ans	2	3	4	5	5

Légende :

1 : Questionnaire de santé simplifié

2 : Questionnaire de santé simplifié + complet

3 : Questionnaire de santé simplifié + complet + Rapport médical complété, daté et signé par le médecin examinateur

4 : Questionnaire de santé simplifié + complet + Rapport médical complété, daté et signé par le médecin examinateur + Examens de santé suivants : Cholestérol, triglycérides, transaminases SGO et SGP, test de dépistage du VIH 1 et 2, marqueur de l'hépatite Ac HCV

5 : Questionnaire de santé simplifié + complet + Rapport médical complété, daté et signé par le médecin examinateur + Examens de santé suivants : Hémogramme, plaquettes, VS, glycémie, cholestérol, HDL, triglycérides, créatinine, gamma GT, transaminases SGO et SGP, test de dépistage du VIH 1 et 2, marqueur de l'hépatite Ac HCV, dosage du PSA pour les hommes de 55 ans + Examen cardiologique par un cardiologue comprenant un Électrocardiogramme avec compte rendu et rapport détaillé du cardiologue rendant compte de son interrogatoire et de son examen clinique

Les documents relatifs aux formalités médicales sont disponibles en pages suivantes.

Exemples :

1. Madame B a 35 ans et souscrit 200 000 € de capital décès et 100 € de garantie Arrêt de travail. Elle devra donc nous retourner le Questionnaire de Santé Simplifié.

2. Monsieur A est âgé de 49 ans et a souscrit 400 000 € de capital décès. Il devra donc nous retourner :

- Le Questionnaire de santé complet

- Le Rapport Médical complété, daté et signé par le médecin examinateur

- Les résultats des Examens de Santé suivants, soit : Cholestérol, triglycérides, transaminases SGO et SGP, test de dépistage du VIH 1 et 2, marqueur de l'hépatite Ac HCV.

Vous retrouverez ces formalités médicales dans les pages suivantes.

Merci de veiller à nous retourner uniquement celles qui sont nécessaires selon votre âge et capitaux souscrits, selon les formalités indiquées dans le tableau ci-dessus. En cas de doute, n'hésitez pas à nous contacter au +33 (0)1 44 20 48 77

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SIMPLIFIÉ

Prénom(s):

Nom de famille:

Date de naissance: (JJ/MM/AAAA)

Adresse:

Code postal: Ville:

Profession:

TRÈS IMPORTANT

- Article L.113-8 du Code des assurances: Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré(e), quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré(e) a été sans influence sur le sinistre.
- Lisez très attentivement le questionnaire ci-dessous: L'assureur attire votre attention sur l'importance de ce questionnaire qui doit, impérativement, comporter une réponse à toutes les questions, être daté et signé. EN CAS DE RÉPONSE(S) POSITIVE(S) à une ou plusieurs questions, merci de nous indiquer toutes les précisions utiles (date, motif, suite ou séquelle, nature du traitement, durée...) sur une feuille complémentaire datée et signée.
- Confidentialité: Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire de santé, vous pouvez les transmettre dans une enveloppe fermée à l'attention du « Médecin conseil ». Cependant si parmi ces réponses, vous avez répondu « Oui » à au moins l'une d'entre elles, vous êtes formellement invité(e) à transmettre ce questionnaire de santé dans une enveloppe fermée à l'attention du « Médecin conseil ».

Taille: cm

Poids: kg

Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) et/ou subi des interventions chirurgicales y compris par endoscopie (autres que césarienne, appendicectomie, ablation des amygdales et des végétations ou de la vésicule biliaire)? NON OUI

Au cours des 5 dernières années, avez-vous:

- consulté pour la colonne vertébrale (exemples: hernie discale, lombalgie, sciatique...) ou pour une atteinte articulaire ou rhumatismale (exemples: épaule, genou, hanche...)? NON OUI

- consulté pour des troubles psychiques (exemples: anxiété, dépression, fatigue, stress, surmenage...)? NON OUI

- eu un arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé de plus de 30 jours? NON OUI

Êtes-vous ou avez-vous été pris(e) en charge à 100 % (exonération du ticket modérateur / remboursement à 100 % des frais médicaux) pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années? NON OUI

Êtes-vous, actuellement, en arrêt de travail total ou partiel sur prescription médicale pour raison de santé (hors congé légal de maternité)? NON OUI

Faites-vous l'objet d'un suivi médical et/ou d'un traitement médical (exemples: tranquillisants, traitement pour le cholestérol, le diabète, l'hypertension artérielle...)? NON OUI

Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ou de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH)? NON OUI

Est-il prévu (hors maternité) que, dans les 6 prochains mois, vous alliez passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie...), faire l'objet d'une consultation spécialisée, d'une hospitalisation et/ou d'une intervention chirurgicale? NON OUI

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 de l'assurance.

Les données personnelles vous concernant sont traitées par l'assureur dans le respect de la loi RGPD du 20 juin 2018 sur la protection des données. Leur traitement est nécessaire à la gestion de votre dossier et à la mise en œuvre de vos garanties. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition sans frais, en vous adressant par courrier à l'adresse suivante: Groupama Gan Vie – Service des Relations avec les Consommateurs – Immeuble WP2 - 4, boulevard de Pesaro - 92000 Nanterre ou par courriel à l'adresse suivante: src-collectives@ggvie.fr.

Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé. Nécessaires à votre affiliation, à sa gestion et celle de vos garanties, ces données sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au médecin-conseil de l'assureur et à son service médical ou personnes habilitées (tels les experts médicaux ou professionnels de santé).

Toutefois, si vous avez choisi de ne pas confidentialiser votre questionnaire de santé, les données y figurant sont également destinées aux services de gestion de votre assureur. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition à vos données médicales en vous adressant par courrier postal, accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité, au médecin-conseil de votre assureur à l'adresse suivante: Service Médical Collectives – Immeuble WP2 - 4, boulevard de Pesaro - 92000 Nanterre.

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.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ COMPLET

Prénom(s) :

Nom de famille :

Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)

Adresse :

Code postal : Ville :

Profession :

TRÈS IMPORTANT

- Article L.113-8 du Code des assurances : Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré(e), quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré(e) a été sans influence sur le sinistre.
- Lisez très attentivement le questionnaire ci-dessous : L'assureur attire votre attention sur l'importance de ce questionnaire qui doit, impérativement, comporter une réponse à toutes les questions, être daté et signé. EN CAS DE RÉPONSE(S) POSITIVE(S) à une ou plusieurs questions, merci de nous indiquer toutes les précisions utiles (date, motif, suite ou séquelle, nature du traitement, durée...) sur une feuille complémentaire datée et signée.
- Confidentialité : Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire de santé, vous pouvez les transmettre dans une enveloppe fermée à l'attention du « Médecin conseil ». Cependant si parmi ces réponses, vous avez répondu « Oui » à au moins l'une d'entre elles, vous êtes formellement invité(e) à transmettre ce questionnaire de santé dans une enveloppe fermée à l'attention du « Médecin conseil »

Taille : cm Poids : kg

Au cours des 10 dernières années, avez-vous :

- été hospitalisé(e) et/ou subi des interventions chirurgicales y compris par endoscopie (autres que césarienne, appendicectomie, ablation des amygdales et des végétations ou de la vésicule biliaire) ? NON OUI Nature et date(s) de l'(des) hospitalisation(s)/ intervention(s) chirurgicale(s) :

- consulté pour la colonne vertébrale (exemples : hernie discale, lombalgie, sciatique...) ou pour une atteinte articulaire ou rhumatismale (exemples : épaule, genou, hanche...)? NON OUI Précisez :
Date(s) :

- consulté pour des troubles psychiques (exemples : anxiété, dépression, fatigue, stress, surmenage...)? NON OUI Précisez :
Date(s) :

Au cours des 5 dernières années, avez-vous :

- consulté pour un souffle cardiaque ? NON OUI Précisez :
Date(s) :

- consulté pour des troubles respiratoires (exemples : asthme, bronchite récidivante...)? NON OUI Précisez :
Date(s) :

- été atteint(e) d'une maladie ayant motivé un arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé et/ou un traitement médical (hors congé légal de maternité) de plus de 30 jours ? NON OUI Laquelle ?
Durée de l'arrêt de travail :
Nature du traitement médical :
Date(s) :

- été victime d'un accident ayant motivé un arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé et/ou un traitement médical de plus de 30 jours ? NON OUI Date de l'accident :
Nature des blessures :
Durée de l'arrêt de travail :
Subsiste-t-il des séquelles ? NON OUI
Lesquelles ?
Nature du traitement médical :

- suivi un traitement par laser, rayons ou chimiothérapie ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Précisez : Date(s) : Durée(s) :
Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC) dont l'un des résultats indique la mention « positif » ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Lequel ou lesquels ? À quelle(s) date(s) ?
Êtes-vous ou avez-vous été pris(e) en charge à 100 % (exonération du ticket modérateur / remboursement à 100 % des frais médicaux) pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Pourquoi ? Date(s) : Durée(s) :
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu plus de 3 arrêts de travail sur prescription médicale quelle qu'en soit la durée et/ ou des examens médicaux (exemples : radiologie cardiologie, laboratoire ...) dans un autre cadre que celui de la prévention systématique ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Lesquels ? Pourquoi ? Dates / Durées / Résultats (à joindre si possible) :
Êtes-vous, actuellement, en arrêt de travail total ou partiel sur prescription médicale pour raison de santé (hors congé légal de maternité) ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Pour quelle raison ? Depuis quelle date ? Date prévue de la reprise :
Vous savez-vous atteint(e) d'une maladie et/ ou d'une affection quelconque ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Laquelle ? Depuis quelle date :
Faites-vous l'objet d'un suivi médical et/ou d'un traitement médical (exemples : tranquillisants, traitement pour le cholestérol, le diabète, l'hypertension artérielle ...) ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Pour quelle raison ? Nature du suivi médical et/ou du traitement médical : Depuis quelle date ?
Êtes-vous titulaire :		
- d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Depuis quelle date ? Pourquoi ? À quel taux ou quelle catégorie ? Quel est l'organisme qui verse la prestation ?
- de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Depuis quelle date ? Pourquoi ? À quel taux ?
Êtes-vous atteint(e) d'une malformation et/ou avez-vous été amputé(e) d'un membre ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Précisez : Date(s) :
Êtes-vous atteint(e) d'un défaut de l'ouïe et/ou de la vue (autre que myopie, presbytie ou astigmatisme) ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Précisez : Origine(s) :
Est-il prévu (hors maternité) que, dans les 12 prochains mois, vous alliez :		
- passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie...) dans un autre cadre que celui de la prévention systématique ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Nature des examens : Date(s) :
- faire l'objet d'une consultation spécialisée ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Pourquoi ? Date(s) :
- faire l'objet d'un traitement médical et/ou d'une intervention chirurgicale (hors bilan de santé) ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Nature du traitement médical : Type d'intervention chirurgicale : Date(s) : Pourquoi ?

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 de l'assurance.

Les données personnelles vous concernant sont traitées par l'assureur dans le respect de la loi RGPD du 20 juin 2018 sur la protection des données. Leur traitement est nécessaire à la gestion de votre dossier et à la mise en œuvre de vos garanties. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition sans frais, en vous adressant par courrier à l'adresse suivante : Groupama Gan Vie – Service des Relations avec les Consommateurs – Immeuble WP2 – 4, boulevard de Pesaro – 92000 Nanterre ou par courriel à l'adresse suivante : src-collectives@ggvie.fr.

Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé. Nécessaires à votre affiliation, à sa gestion et celle de vos garanties, ces données sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au médecin-conseil de l'assureur et à son service médical ou personnes habilitées (tels les experts médicaux ou professionnels de santé).

Toutefois, si vous avez choisi de ne pas confidentialiser votre questionnaire de santé, les données y figurant sont également destinées aux services de gestion de votre assureur. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition à vos données médicales en vous adressant par courrier postal, accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité, au médecin-conseil de votre assureur à l'adresse suivante : Service Médical Collectives – Immeuble WP2 – 4, boulevard de Pesaro – 92000 Nanterre.

<p>Fait à (ville/pays, hors USA et pays sous sanctions internationales *) :</p> <p>Le (JJ/MM/AAAA) :</p>	<p>Signature de l'adhérent :</p>
---	---

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

RAPPORT MÉDICAL

Ces déclarations doivent comporter une réponse à toutes les questions (les traits et les mentions RAS ne sont pas considérés comme des réponses) et être impérativement datées et signées, faute de quoi l'assureur ne pourrait vous garantir.

Très important : Article L.113-8 du Code des assurances : Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré(e), quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré(e) a été sans influence sur le sinistre.

DÉCLARATIONS DE LA PERSONNE À ASSURER, RECUEILLIES ET INSCRITES PAR LE MÉDECIN

Prénom(s) :

Nom de famille :

Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) Lieu de naissance :

Situation de famille :

Adresse :

Code postal : Ville :

Profession actuelle :

Référence du contrat (si connue) :

QUESTIONS

Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel sur prescription médicale pour raison de santé (hors congé légal de maternité) ? NON OUI Depuis quelle date ?
Cause :

Au cours des 5 dernières années, avez-vous été en arrêt de travail total ou partiel sur prescription médicale pour raison de santé pendant plus de 3 semaines ? NON OUI Date(s) :
Cause(s) :
Date(s) de reprise :

Bénéficiez-vous d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? NON OUI Quel taux ou quelle catégorie ?
Date d'attribution :
Cause :
À quel titre ?
Régime général Maladie professionnelle
Militaire Accident du travail

Présentez-vous une infirmité ou un handicap ? NON OUI Précisez :
Origine :

Avez-vous été ou êtes-vous pris(e) en charge à 100 % (exonération du ticket modérateur/remboursement à 100 % des frais médicaux) pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale (Sécurité Sociale, Mutualité Sociale Agricole...)? NON OUI Pour quelle raison ?
Date d'attribution de la 1re exonération :

Avez-vous été victime d'accidents ? NON OUI Date(s) :
Nature et localisation des blessures éventuelles :
Subsiste-t-il des séquelles ?
Lesquelles ?

Avez-vous été hospitalisé(e) ? NON OUI Date(s) :
Cause(s) :

Avez-vous subi des interventions chirurgicales y compris sous anesthésie locale ou par endoscopie (hormis chirurgie dentaire)?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Lesquelles ? Pourquoi ? Date(s) :
Avez-vous subi un traitement par rayons, laser ou chimiothérapie ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Date(s) : Cause(s) : Traitement :
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu :		
- plus de 3 arrêts de travail sur prescription médicale quelle qu'en soit la durée ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Précisez : Date(s) :
- des examens médicaux dans un autre cadre que celui de la prévention systématique (exemples : dopler, ECG, EFR, prises de sang, endoscopie, imagerie médicale, radiographie, scanner...)	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Date(s) : Nature : Cause(s) : Résultats :
Avez-vous suivi des traitements médicaux de plus de 30 jours au cours des 2 dernières années ou suivez-vous un traitement médical actuellement ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Date(s) : Nature : Cause(s) :
Avez-vous consulté un médecin au cours des 3 derniers mois ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Date(s) : Cause(s) :
Consommez-vous des boissons alcoolisées (apéritifs, bière, digestifs, vin) ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Lesquelles : Vin <input type="checkbox"/> Apéritifs <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Bière <input type="checkbox"/> Digestifs <input type="checkbox"/> Quantité par jour :
Fumez-vous ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Depuis quand ? Nb de cigarettes/jour : Nb de cigares/jour : Nb de pipes/jour :
Utilisez-vous un vapoteur (exemples : cigarette électronique, cigare électronique, pipe électronique...)?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	
Avez-vous fumé ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Quantité (par jour) : Durée en années : Date d'arrêt : Motif :
Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VhB), de l'hépatite C (VhC) dont l'un des résultats indique la mention « positif » ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Lequel ou lesquels ? À quelle(s) date(s) ?
À votre connaissance, devez-vous dans les 6 prochains mois consulter un spécialiste, passer des examens médicaux, être hospitalisé(e) ou subi une intervention chirurgicale ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Pourquoi ? Date(s) : Nature des examens : Type d'intervention chirurgicale :

AVEZ-VOUS SOUFFERT OU SOUFFREZ-VOUS D'UNE :

Affection respiratoire ou pulmonaire (exemples : allergie, asthme, bronchite, embolie pulmonaire, emphysème, pleurésie, pneumonie, tuberculose...)?

NON OUI

Laquelle ?

Date d'apparition :
Nb de crises par an :

Affection neurologique ou cérébrale ou neuromusculaire (exemples : anévrisme, accident vasculaire cérébral, épilepsie, fibromyalgie, sclérose en plaques, méningite, myopathie, paralysie même passagère...)?

NON OUI

Laquelle ?

Date d'apparition :
En cas d'épilepsie, nb de crises par an :

Affection psychique (exemples : anxiété, dépression nerveuse, fatigue, insomnies, stress, surmenage, trouble du comportement...)?

NON OUI

Laquelle ?

Traitement :

Durée :
Date(s) :

Affection du cœur ou des vaisseaux (exemples : artérite, douleurs thoraciques, hypertension artérielle, infarctus, insuffisance coronarienne, malformation, œdème, palpitations, phlébite, souffle, troubles du rythme...)?

NON OUI

Laquelle ?

Date(s) :

Affection digestive ou hépatique (exemples : cirrhose, colopathie, constipation, Crohn, diarrhée, diverticules, hernie hiatale, hépatite, brûlures digestives, pancréatite, parasitose, polypes, rectocolite hémorragique, rectorragies, ulcère...)?

NON OUI

Laquelle ?

Date(s) :

Affection rénale ou urinaire (exemples : albuminurie, calculs, coliques néphrétiques, dialyse, hématurie, kystes rénaux, néphrite...)?

NON OUI

Laquelle ?

Date(s) :

Affection rhumatismale inflammatoire (exemples : pelvispondylite, polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme psoriasique, spondylarthrite...)?

NON OUI

Laquelle ?

Date(s) :

Affection ostéo-articulaire (colonne vertébrale ou autres articulations) (exemples : algodystrophie, arthrose, hernie discale, lombalgies, ostéoporose, prothèse, rupture ligamentaire, sciatique, scoliose, tassement vertébral...)?

NON OUI

Laquelle ?

Date(s) :

Affection endocrinienne ou du métabolisme (exemples : affection de la thyroïde, cholestérol, diabète, dyslipidémie, goutte)?

NON OUI

Laquelle ?

Date(s) :

Affection sanguine ou ganglionnaire (exemples : adénopathies, anémie, hémochromatose, hémophilie, leucémie, polyglobulie, splénomégalie, troubles de la coagulation...)?

NON OUI

Laquelle ?

Date(s) :

Affection cutanée (exemples : eczéma, herpès, kyste, lupus, mycose, nævus, psoriasis, purpura, zona...)?

NON OUI

Laquelle ?

Date(s) :

Affection des yeux ou ORL (exemples : cataracte, glaucome, laryngite, otite, rétinopathie, sinusite, vertiges...)?

NON OUI

Laquelle ?

Date(s) :

QUESTIONS RÉSERVÉES AUX PERSONNES DU SEXE FÉMININ

Avez-vous été ou êtes-vous atteinte d'une affection génitale et/ou mammaire ?

NON OUI

Laquelle ?

Date de la dernière consultation :

Avez-vous déjà subi une mammographie ou une échographie pelvienne ?

NON OUI

Mammographie Échographie
Pourquoi ?

Date(s) :
Résultat (le joindre) :

Êtes-vous enceinte ?

NON OUI

Grossesse normale : OUI NON
De combien de mois ?
Césarienne prévue : OUI NON

Les données personnelles vous concernant sont traitées dans le respect de la loi RGPD du 20 juin 2018 sur la protection des données. Vous en acceptez expressément le recueil et le traitement nécessaire à la gestion de votre adhésion et de vos garanties.

Ces données sont traitées dans le respect du secret médical. Elles sont exclusivement destinées au médecin-conseil de l'assureur et à son service médical. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en vous adressant par courrier postal accompagné d'une photocopie d'une pièce d'identité au médecin-conseil de l'assureur – Service Médical Collectives – Immeuble WP2 – 4, boulevard de Pesaro – 92000 Nanterre

Je soussigné(e) Docteur _____

- certifie avoir lu à la personne à assurer l'ensemble des questions du présent questionnaire et avoir exactement inscrit en face de chaque question la réponse qu'elle y a apportée.
- atteste que la signature de M. _____ a été apposée en ma présence.

Fait à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature et cachet du Médecin examinateur

Je soussigné(e) M. _____

certifie que les réponses au présent questionnaire ont été inscrites en ma présence et qu'elles sont exactement celles que j'ai apportées aux questions posées.

Je sais que mes déclarations exactes et sincères servent de base à mon adhésion au contrat.

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

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature de la personne à assurer

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

EXAMEN MÉDICAL

Nous vous demandons d'avoir l'obligance de ne communiquer à la personne aucun avis qui puisse préjuger de la décision de l'assureur.

ASPECT GÉNÉRAL

Taille (cm) :	Poids (kg) :	
Variation de poids au cours de la dernière année ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Maigrissement (kg) : Prise de poids (kg) : Cause :
Périmètre thoracique :	En inspiration :	En expiration :
Circonférence :	Ombilicale :	Hanches :
Présence de lésions cutanées (exemples nævi, grains de beauté suspects...) ou de cicatrices ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Précisions :
Signes d'alcoolisme ou d'intoxications diverses ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Lesquels ?

SYSTÈME NERVEUX ET MUSCLES

Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Laquelle ?
--	---	------------

PSYCHIATRIE

Y a-t-il des troubles du comportement ou du raisonnement de la thymie ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ou neuropsychique ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Lesquels ?
---	---	------------

ORGANES SENSITIFS

Existence d'un trouble ou défaut de la vue ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Lequel ? Avant correction : - OD : - OG : Après correction : - OD avec dioptries : - OG avec dioptries :
Baisse de l'acuité auditive ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Uni ou bilatérale ? Totale ou partielle ?
Autre affection des oreilles ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Laquelle ?

APPAREIL RESPIRATOIRE

Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Laquelle ?
--	---	------------

EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE

Existence d'une anomalie de l'auscultation cardiaque ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Laquelle ?
Existence d'une anomalie à l'auscultation des troncs artériels (carotides, axe iliofémoraux) ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Laquelle ?
Existence de troubles du rythme ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Lesquels ?
Existence d'une anomalie à la palpation des pouls périphériques ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Précisez :
Troubles du système veineux, œdèmes, troubles trophiques	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Laquelle ?
Tension artérielle :	Systolique droite : Systolique gauche :	Diastolique droite : Diastolique gauche :
Est-elle traitée ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Nature du traitement :
Si vous constatez une hypertension, veuillez effectuer un contrôle après repos :	Systolique droite : Systolique gauche :	Diastolique droite : Diastolique gauche :
Fréquence du pouls (/mn) :		

APPAREIL DIGESTIF ET ANNEXES

- La bouche et la gorge ont-elles un aspect pathologique ? NON OUI Lequel ?
- La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ? NON OUI Lequel ?
- Présence d'une hépatomégalie ? NON OUI De combien de cm ?
Consistance :
- Présence d'une splénomégalie ? NON OUI Palpable sur (cm) :
- Existence d'une hernie ou d'une éventration ? NON OUI Description :

ÉTAT DES OS ET ARTICULATIONS

- Anomalies au niveau des os, des articulations, de la colonne vertébrale (déformation, Lasègue, mobilité, signe inflammatoires...)? NON OUI Lesquelles ?

GLANDES ENDOCRINES

- Signes de dysfonctionnement ? NON OUI Lequels ?
- Existence d'anomalies à la palpation ? NON OUI Lesquelles ?

GANGLIONS LYMPHATIQUES

- Existence d'anomalies à la palpation ? NON OUI Lesquelles ?

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

- Résultats de l'examen des urines effectué par vos soins par bandelette :
(tout échantillon amené par la personne à assurer est à jeter)
- | | | | |
|---|---|---|---|
| Protéines : | Sucre : | Leucocytes : | Sang : |
| NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> |
- Existence d'une anomalie à la palpation des reins ? NON OUI Laquelle ?
- Existence d'une anomalie des seins ou des testicules ? NON OUI Laquelle ?

- En tant que médecin examinateur, connaissez-vous la personne examinée ? NON OUI Si oui, à quel titre ?
Si non, vérification d'identité obligatoire
Carte d'identité Passeport

Nom et adresse du médecin traitant :

Observations éventuelles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature et cachet du Médecin examinateur :

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 Prévoyance de LIFEPLAN'EXPAT

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 LIFEPLAN'EXPAT.
- avoir pris connaissance et accepté les dispositions des conditions générales LIFEPLAN'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 nos 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'édicte, par exemple, par les Nations Unies, l'Office of Foreign Assets Control (OFAC) du Trésor américain ou l'Union Européenne.
- être informé que les informations recueillies ont pour but soit de m'identifier formellement pour me donner accès à un espace sécurisé soit de collecter des éléments permettant à MSH International de m'apporter des solutions et des réponses. Ces informations sont exclusivement destinées à MSH International et peuvent faire l'objet de traitements destinés au respect de ses obligations légales et à la passation, la promotion, la gestion et l'exécution des contrats d'assurances. Conformément à loi RGPD du 20 juin 2018 sur la protection des données, vous bénéficiez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : MSH International - Direction juridique -Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch - 75815 PARIS Cedex 17 accompagné d'une copie d'un titre d'identité signé.
- 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 prévoyance 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.

JE CONSENS EXPLICITEMENT pour bénéficier des garanties prévoyance 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.

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 International 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 ou courrier postal :

- Le bulletin d'adhésion complété et signé,
- 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 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 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 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 PAR E-MAIL :

Compléter ce bulletin d'adhésion avec les pièces jointes listées ci-dessus et l'adresser à :
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 78 352 807 549



pour le compte de

