

## Adhérent

Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Pays d'expatriation : \_\_\_\_\_

Adhérent CFE :  oui  non

Adhérent Sécurité Sociale, si détachement :  oui  non

N° de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_

Email (pour recevoir vos alertes de remboursement et de cotisation) : \_\_\_\_\_

Adresse d'expédition (pour votre dossier d'adhésion et vos décomptes de remboursement) : \_\_\_\_\_

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

## Les autre(s) personne(s) à assurer (sous réserve d'acceptation)

		NOM, PRENOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE
Conjoint				____/____/____
Enfants à charge*	1			____/____/____
	2			____/____/____
	3			____/____/____

*\*L'âge de vos enfants est limité à 20 ans. Pour les contrats First'Expat, l'âge limite est porté à 25 ans s'ils poursuivent des études.*

## Votre contrat d'assurance

• **date de début d'adhésion souhaitée** (sous réserve d'acceptation)

Le 1<sup>er</sup> jour qui suit la réception du bulletin d'adhésion à l'ASFÉ

Une date ultérieure : \_\_ / \_\_ / 20 \_\_

• **votre couverture**  individuelle  1 adulte + 1 enfant  familiale

• **solution choisie et coût de votre cotisation trimestrielle**

### BON À SAVOIR :

- L'adhérent doit avoir plus de 18 ans
- Le coût de la cotisation est fonction de l'âge de l'adhérent au 1<sup>er</sup> janvier de l'année de souscription
- Dans le cas d'une couverture familiale, l'âge de l'adhérent à prendre en compte pour le coût de la cotisation est celui de la personne la plus âgée du couple.

		SANTÉ SIMPLE	FORFAIT	MENU (<55 ANS)*	COTISATION TRIMESTRIELLE <sup>1</sup>
<b>Relais'Expat</b>	Indice 30 Base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
	Indice 30 Base + Option	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
	Indice 40 Base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
	Indice 40 Base + Option	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
	Maps 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
	Maps 2+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
<b>First'Expat</b>	Indice 30 Base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
	Indice 30 Base + Option	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
	Indice 40 Base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Indice 40 Base + Option	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ASU90 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
	ASU90 US\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	US\$
	ASU100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
<b>Senior'Expat</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€

VOS GARANTIES PRÉVOYANCE À LA CARTE (<60 ANS)*		MONTANT CHOISI	COTISATION TRIMESTRIELLE
<input type="checkbox"/>	Capital décès ou Invalidité Absolue et Définitive doublé en cas d'accident		€
<input type="checkbox"/>	Rente éducation nombre d'enfant : ____		€
<input type="checkbox"/>	Capital Infirmitté Permanente par Accident		€
<input type="checkbox"/>	Indemnités journalières / rente d'invalidité		€
		<b>TOTAL <sup>2</sup></b>	

\* Accessible uniquement aux personnes de nationalité française

## Votre clause bénéficiaire

(En cas de souscription d'un capital décès à la carte ou dans le « Menu »)

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

## Paiement de vos cotisations

### • périodicité :

- annuelle  semestrielle  trimestrielle

### • mode de règlement :

- par prélèvement automatique sur un compte en France (sauf pour First'Expat – ASU90 US\$)
- un **chèque** du montant de votre 1er trimestre de cotisation **dans la devise du contrat** (à l'ordre de l'ASFE)

**Info :** Pour vos prochaines cotisations, vous pourrez opter pour un paiement sécurisé par carte bancaire sur notre site internet (Rubrique Espace Adhérent / Paiement en ligne) ou par virement bancaire.

- Je donne mandat à l'ASFE pour choisir les organismes qu'elle aura sélectionnés au mieux de mes intérêts et me représenter auprès de ceux-ci. J'autorise Mobility Benefits à recevoir pour mon compte les décomptes de remboursement de la CFE et à percevoir directement de la CFE ou de la Sécurité sociale le remboursement des frais d'hospitalisation pour lesquels j'ai bénéficié du tiers-payant.
- Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales et particulières, valant notice d'information, et les accepter.
- Je reconnais être informé(e) que je peux demander communication, rectification ou suppression des informations me concernant qui figureraient sur tout fichier (ce droit peut être exercé en nous écrivant à l'adresse suivante : Mobility Benefits – 18 rue de Courcelles 75384 Paris Cedex 08) en vertu de la Loi Informatique et Libertés du 06/01/1978.

À \_\_\_\_\_ le \_\_ / \_\_ / 20\_\_

Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé ».

**TOTAL GÉNÉRAL <sup>1</sup> + <sup>2</sup>**

**Pour votre adhésion, merci de nous envoyer :**

- le bulletin d'adhésion complété signé,
- le questionnaire médical complété et signé, et les informations médicales complémentaires **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,
- une attestation de votre précédente complémentaire santé pour supprimer les délais d'attente de certaines garanties,
- un certificat de scolarité pour vos enfants de 20 à 25 ans si vous souscrivez à un contrat First'Expat
- votre attestation CFE ou notification de détachement de la sécurité sociale si vous optez pour un contrat Relais'Expat.

**Et pour le paiement de votre cotisation :**

- l'autorisation de prélèvement automatique complétée et signée (sur un compte en France uniquement),  
ou
- un chèque du montant de votre 1<sup>er</sup> trimestre de cotisation, à l'ordre de Mobility Saint-Honoré - ASFE

*Info : Pour vos prochaines cotisations, vous pourrez opter pour un paiement sécurisé par carte bancaire sur notre site internet (Rubrique Espace Adhérent / Paiement en ligne) ou par virement bancaire.*

A l'adresse suivante : ASFE / MOBILITY BENEFITS, Service Adhésions  
82 rue Villeneuve - 92587 Clichy Cedex - FRANCE