



EXPAT PRÉVOYANCE

BULLETIN D'ADHÉSION
RÉGIME PRÉVOYANCE

INFORMATIONS/CONSEILS

Dans le cadre de la conclusion d'un contrat d'assurance, la Directive (UE) 2016/97 du Parlement européen et du Conseil du 20 janvier 2016 sur la distribution d'assurances est venue renforcer la protection des futurs assurés. Vous reconnaissez avoir reçu :

- avant la conclusion de votre contrat d'assurance, cette fiche d'information et de conseil sur la base des informations recueillies par votre courtier-conseil
- une proposition d'assurance cohérente et adaptée à vos exigences et vos besoins exprimés,
- les informations relatives à la procédure de réclamation et au recours à un processus de médiation, en vigueur chez votre courtier-conseil.

COURTIER CONSEIL

Conseiller :

Nom

Prénom

Salarié de la société Crystal Mobility immatriculée à l'Orias sous le n° 07 008 939

Mandataire intermédiaire d'assurance ou courtier enregistré à l'Orias sous le n°

Mandataire hors espace économique européen agissant pour le compte de la société Crystal Mobility enregistrée à l'Orias sous le n° 07 008 939

VOS INFORMATIONS

Nom

Prénom

Adresse résidence principale :

CP Ville

Tél Pays

e-mail

Adresse résidence fiscale (si différente) :

CP Ville

Pays

Situation professionnelle

Salarié Indépendant Retraité Étudiant

Sans emploi

Dernier emploi exercé :

Vous Date de naissance Sexe

M F

Votre conjoint M F

Enfant 1 M F

Enfant 2 M F

Enfant 3 M F

Enfant 4 M F

Avez-vous une garantie santé actuellement Oui Non

Si oui, laquelle ?

VOS BESOINS

Durée de votre séjour

Destination principale

Motif

Pays couverts

Pays d'accueil

Pays de déplacement professionnel / de loisirs

Pays d'origine ou de nationalité

VOS BESOINS (SUITE)

Devise EUR USD

Garanties souhaitées

Capital décès Oui Non

Indemnités journalières Oui Non

Rente invalidité Oui Non

Date d'effet de la garantie souhaitée :

Cette date d'effet du contrat peut être différente de la date d'effet de certaines garanties, soumises à délai d'attente, en fonction de la formule choisie.

VOTRE SOLUTION

Au vu des besoins exprimés au terme du présent diagnostic, nous vous recommandons de souscrire le contrat :

Assureur :

Niveau de la garantie :

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du contrat d'assurance proposé préalablement à l'adhésion.

Je m'engage à informer mon conseiller des éventuels changements de ma situation.

Conformément à la législation en vigueur en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, je reconnais être informé que toutes les informations pertinentes à la connaissance du client et de la relation d'affaires pourront être recueillies par mon Courtier-conseil et transmises à l'Organisme assureur, pour l'exercice des diligences relatives au devoir de vigilance à l'égard de la clientèle (et dans la limite de leurs droits et obligations) (art. L.561-6 CMF).

Fait en 2 exemplaires à

Remis le

Vous :

Votre courtier conseil :

EXPAT PRÉVOYANCE

CHECK LIST

AVEZ-VOUS JOINT TOUTES LES PIÈCES COMPLÉMENTAIRES ?

- Copie de la CNI ou du passeport.

- Mandat de prélèvement SEPA (si vous avez choisi le mode règlement par prélèvement automatique) + RIB.

OÙ ENVOYER VOTRE DOSSIER D'ADHÉSION ?

CRYSTAL MOBILITY
Adhésions
939, Rue de la Croix Verte
34090 Montpellier
FRANCE

BULLETIN D'ADHÉSION - INFORMATIONS COMMUNES

ADHÉRENT / SOUSCRIPTEUR

Monsieur Madame

Nom Prénom

Nom de jeune fille Né(e) le À

Nationalité N° S.S.

Adresse de correspondance **Adresse de résidence (si différente)**

Code postal Ville Code postal Ville

Pays Pays

Tél* Mobile* Tél* Mobile*

e-mail

* Indicatif/code pays/numéro

Situation maritale

Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Concubin (avec ou sans PACS)

Informations complémentaires

Statut social : Salarié Indépendant (prof. libérale, artisan, commerçant...)

Retraité Sans emploi Étudiant

Coordonnées du payeur, personne physique ou morale (si différentes de celles de l'adhérent/souscripteur)

Monsieur Madame Société

Nom Prénom

Adresse de correspondance

Code postal Ville Pays

e-mail

Modes de communication

Je souhaite recevoir mes décomptes par : e-mail courrier

Je souhaite recevoir mes appels de cotisations par : e-mail courrier

Je souhaite recevoir ma correspondance en : français anglais

Couverture antérieure

Avez-vous une assurance santé (internationale ou non) ? Oui, date de résiliation Non

Devise des garanties et cotisations EUR USD

Type de contrat souscrit

Prévoyance EUR - Contrat n° MGENIB1100068NNP*

Prévoyance USD - Contrat n° MGENIB1100069NNP*

* Assureur : MGEN Vie

Date d'effet des garanties

Merci d'indiquer la date à laquelle vous souhaitez être assuré (1^{er} jour du mois) :

L'adhésion est effective sous réserve d'acceptation du bulletin d'adhésion et du questionnaire médical par l'Assureur.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (dit « Règlement général sur la Protection des données », vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant en adressant votre demande à Crystal Mobility. Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par les organismes assureurs ou leurs mandataires pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat.

Je reconnais avoir reçu la notice d'information et en avoir pris connaissance, notamment les dispositions relatives aux délais de renonciation. Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions de ce dossier de souscription et n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les organismes assureurs du présent contrat. Je reconnais que l'adhésion au présent contrat ne me dispense pas des cotisations dues au titre du/des régime(s) obligatoire(s) dont je pourrais relever.

Fait à Le

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



BULLETIN D'ADHÉSION

Formule de garanties (1 seul choix possible) :

Basic : Décès toutes causes, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Montant - Devise EUR USD - Option n°

Pack medium* : Décès + Indemnités Journalières

Pack advanced* : Décès + Indemnités Journalières + Rente d'invalidité

* Pack n° - Franchise 60 jours 90 jours

Bénéficiez-vous d'une couverture «arrêt de travail» Oui Non

Si oui, de quel type : SS/CFE, assureur local, régime social local... ?

Clause bénéficiaire en cas de décès :

1^{ère} formule

Sauf en cas de désignation de bénéficiaire particulière (imprimé « Désignation de bénéficiaire » à remplir au moment de l'adhésion), les capitaux garantis en cas de décès de l'Assuré sont attribués par ordre de préférence :

- au conjoint non séparé de corps de l'Assuré marié à la date du décès,
- à défaut, au partenaire lié à l'Assuré par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), à défaut au concubin,
- à défaut, aux enfants de l'Assuré nés ou à naître, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres enfants ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas d'enfant,
- à défaut, aux père et mère, par parts égales entre eux, ou au survivant en cas de prédécès,
- à défaut, aux héritiers par parts égales entre eux.

2^{ème} formule

Je n'opte pas pour la 1^{ère} formule et désigne comme bénéficiaires

En optant pour la 2^{ème} formule, l'Assuré devra prévoir plusieurs bénéficiaires successifs et indiquer la part revenant à chacun et terminer la désignation par : à défaut mes héritiers.

Cotisations annuelles

EUR

USD

Basic

Medium

Advanced

Droit associatif (30 EUR / 40 USD)

TOTAL GÉNÉRAL

EUR/USD

Mode de paiement

Carte de crédit

Annuel

Semestriel

Trimestriel

Mensuel

Prélèvement automatique (compte en France)

Virement

Chèque

-

Le paiement par chèque doit être effectué à l'ordre de ExpaTPA, en indiquant au verso le nom du souscripteur, le type de contrat souscrit et son numéro.

Le prélèvement par carte de crédit nécessite un enregistrement de vos coordonnées dans votre environnement sécurisé. Pour le paiement par prélèvement automatique, joindre un relevé d'identité bancaire et le mandat de prélèvement SEPA.



DÉCLARATIONS

Je déclare :

- avoir reçu avoir reçu la ou les notice(s) d'informations du ou des contrat(s) que j'ai souscrit(s) ;
- avoir adhéré au(x) contrat(s) d'assurance souscrits par l'Association Aprevi dont je reconnais être membre sous réserve du paiement de ma cotisation de 30 EUR et avoir pris connaissance des notices d'information correspondantes ;
- reconnais avoir été informé que je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de mon adhésion (date indiquée sur le certificat d'adhésion), pour y renoncer, dans les conditions et selon les modalités précisées dans la notice d'information ;
- résider et travailler hors des frontières du pays dont je suis ressortissant ;
- avoir répondu en toute sincérité aux questions figurant sur le présent bulletin d'adhésion, et reconnaître que, conformément à l'article L.132-8 du Code des assurances, indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26 du même Code, la garantie qui m'est accordée par l'Organisme assureur est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part tant lors de la souscription qu'au cours du contrat, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Organisme assureur alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque ;
- reconnaître qu'en cas de survenance d'un sinistre ou de toute demande d'intervention, la production consciente et volontaire de documents inexacts ou frauduleux entraînera la déchéance des garanties sans remboursement des cotisations déjà versées ;
- m'engager à signaler toute modification de ma situation personnelle ou relative aux membres de ma famille, dans un délai de quinze (15) jours à partir du moment où j'ai connaissance de ce changement.

Je reconnais que l'adhésion au présent contrat ne me dispense pas des cotisations dues au titre du/des régime(s) obligatoire(s) dont je pourrais relever.

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (dit «Règlement général sur la Protection des données») (et à la Loi «Informatique et Libertés» du 6 janvier 1978 modifiée) et dans le cadre de la gestion et de l'exécution du contrat d'assurance, vos données à caractère personnel pourront être transférées à l'Organisme assureur, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs. Les traitements mis en œuvre ont pour finalité la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, l'élaboration des statistiques et études actuarielles, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux, l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude et les opérations relatives à la gestion des clients. Les destinataires de ces données, sont, dans le strict cadre des finalités ci-dessus, les personnels dûment habilités de l'Organisme assureur, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux et les intermédiaires d'assurance. Ces données personnelles pourront faire l'objet de transferts vers des prestataires de services ou des sous-traitants établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne. Ces transferts ne pourront concerner que des pays reconnus par la Commission Européenne comme disposant d'un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel, ou des destinataires présentant des garanties appropriées. Ces données seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Toute demande d'exercice de ses droits peut-être adressée au Délégué à la Protection des Données (ou Data Protection Office) de CNP Assurances pour MFPrévoyance - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 PARIS CEDEX-dpo@cnp.fr ou DPO VYV-IB, Tour Montparnasse - 33, avenue du Maine - BP 245 - 75755 Paris Cedex 15 - dpo@vyv-ib.com. L'Adhérent a le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés [CNIL] sise 3, Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 - France.

Les données de santé, dont le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres à l'Organisme assureur ou aux assurés eux-mêmes en matière de droit à la protection sociale, peuvent être traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution dudit contrat. Ces données sont exclusivement destinées au service médical du Délégué de gestion et au Médecin conseil de l'Organisme assureur. L'exercice de droits s'effectue par courrier, après production d'un titre d'identité à l'attention du médecin conseil : medical@vyv-ib.com.

- Je donne mon accord au traitement de mes données personnelles, notamment celles relatives à ma santé, qui sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de mon contrat d'assurance. En ne cochant pas cette case, je suis informé(e) que les éléments relatifs à ma santé ne pourront pas être pris en compte ce qui peut remettre en question mon adhésion et l'exécution de mon contrat. Je peux retirer mon consentement à tout moment, sans que ce retrait ne compromette la licéité du traitement, antérieur au retrait, fondé sur le consentement.

Fait à Le

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

Le présent Bulletin individuel d'affiliation est à retourner accompagné des pièces justificatives demandées à :
CRYSTAL MOBILITY, Adhésions - 939, Rue de la Croix Verte, 34090 Montpellier - FRANCE

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire médical est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge.

Pour des raisons de confidentialité, il vous est possible de transmettre ce questionnaire sous enveloppe fermée à l'attention du médecin conseil.

A partir de la question n°2, répondre par oui ou non dans chaque case correspondante. En cas de réponse positive à l'une des questions ci-dessous, apporter toutes les précisions utiles (date, motif, suite ou séquelles, nature du traitement, durée...) sur la feuille complémentaire jointe datée et signée. Merci de joindre également les copies de tout document utile (comptes-rendus opératoires ou histologiques, certificat médical...).

	Titre	Adhérent
1	Taille (en cm)	
	Poids (en kg)	
	Tension	
2	<p>Au cours des 10 dernières années, avez-vous été atteint d'une maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de l'appareil cardio-vasculaire, - de l'appareil digestif, - de l'appareil respiratoire, - du système nerveux, - de l'appareil génito-urinaire - d'une maladie endocrinienne ou métabolique, - d'une maladie neuropsychique, - d'une maladie des os et des articulations, - d'une tumeur ? <p style="text-align: right;">Pathologie :</p> <p style="text-align: right;">Date de diagnostic :</p> <p style="text-align: right;">Évolution et les séquelles :</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3	Avez-vous suivi au cours des 5 dernières années ou suivez-vous actuellement un traitement d'une durée supérieure à 3 semaines ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4	<p>Êtes-vous en arrêt de travail ou l'avez-vous été pendant plus de 3 semaines consécutives au cours des 5 dernières années ?</p> <p style="text-align: right;">Date :</p> <p style="text-align: right;">Durée de l'arrêt :</p> <p style="text-align: right;">Motif :</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5	Au cours des 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) plus d'une semaine ou devez-vous l'être prochainement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6	Avez-vous des séquelles résultant d'une maladie ou d'un accident ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7	Êtes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ou une procédure d'invalidité est-elle en cours ou envisagée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8	<p>Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, en particulier pour les virus des hépatites B et C ou pour celui de l'immuno-déficience humaine (VIH), dont le résultat a été positif ?</p> <p style="text-align: right;">Date :</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9	<p>Consommez-vous quotidiennement des boissons alcoolisées ?</p> <p style="text-align: right;">Quantité journalière :</p> <p style="text-align: right;">Vin (10 cl)</p> <p style="text-align: right;">Bière (25 cl)</p> <p style="text-align: right;">Apéritif (5 cl)</p> <p style="text-align: right;">Digestif (5 cl)</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



QUESTIONNAIRE MÉDICAL

	Titre	Adhérent
10	Fumez-vous plus de 20 cigarettes par jour ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11	Avez-vous subi ou devez-vous subir prochainement des examens médicaux (en dehors des bilans systématiques annuels du type médecine du travail) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12	Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction, ou d'une surprime pour un précédent contrat d'assurances de personnes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
13	Utilisez-vous en tant que pilote ou passager des engins aériens ? (hors lignes commerciales régulières)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Je déclare :

- avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information relative aux contrats n° MGENIB1100068NNP et MGENIB1100069NNP.
- résider et travailler hors des frontières du pays dont je suis ressortissant.
- reconnaître que toutes les réponses aux questions sont obligatoires. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code de la mutualité.
- signaler toute modification relative aux membres de ma famille, dans un délai de quinze (15) jours à partir du moment où j'ai connaissance de ce changement.

J'autorise votre société à communiquer ces informations à ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités ; je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de [assureur] en joignant à la demande la photocopie recto/verso d'une pièce d'identité, en cours de validité (Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

Fait à Le

Signature de la personne à assurer précédée de la mention « lu et approuvé »

**Avant de signer, vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions et envoyez votre questionnaire rempli accompagné des documents demandés à l'adresse ci-dessous ou par email : medical@mgen-ib.com
Médecin conseil de MGEN International Benefits, 3-7 Square Max Hymans, 75648 Paris Cedex 15**





CRYSTAL MOBILITY

SAS de courtage d'assurance au capital de 28 580 EUR,
RCS Montpellier 491 144 150

N° ORIAS 07 008 939 - www.orias.fr - Sous le contrôle de
l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution,
61, rue Taitbout 75009 Paris - www.acpr.banque-france.fr

Réclamations clients
relation@crystal-mobility.com

SIÈGE SOCIAL
939, rue de la Croix Verte
34090 Montpellier - France
Tél +33 1 42 56 16 41

www.crystal-mobility.com

Crystal Mobility est une société Crystal



Les contrats MGENIB1100068NNP et
MGENIB1100069NNP sont des contrats groupe
à adhésion facultative souscrits par l'Association
APREVI auprès de **MGEN Vie**, mutuelle soumise
aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité,
immatriculée sous le numéro Siren 441 922 002,
3, square Max-Hymans - 75748 PARIS Cedex 15.

MGEN-IB,
3-7 Square Max Hymans, 75648 Paris Cedex 15
RCS Paris 813 36 1441 ORIAS 16002500.