



# EXPAT SANTÉ

BULLETIN D'ADHÉSION  
RÉGIME FRAIS DE SANTÉ (EUR)

# 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 :

Date de naissance

Sexe

M F

M F

M F

M F

M F

M F

M F

M F

M F

M F

M F

M F

M F

M F

M F

M F

M F

M F

M F

M F

M F

M F

## VOS BESOINS

Durée de votre séjour

Destination principale

Motif

### Pays couverts

Pays d'accueil

Pays de déplacement professionnel / de loisirs

Pays de nationalité

## VOS BESOINS (SUITE)

### Garanties souhaitées

Santé 1<sup>er</sup> Euro  Oui  Non

Complémentaire santé (CFE ou SS)  Oui  Non

Assistance rapatriement  Oui  Non

Responsabilité Civile (vie privée)  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 :

**CRYSTAL MOBILITY**  
939 Rue de la Croix Verte  
34090 Montpellier  
France  
RCS Montpellier 491 144 150  
Orias N° 07 008 939

### CHECK LIST

AVEZ-VOUS JOINT TOUTES LES PIÈCES COMPLÉMENTAIRES ÉVENTUELLES ?

**POUR TOUTE ADHÉSION À EXPAT SANTÉ (COMPLÉMENT CFE & PREMIER EUR) :**

- Copie de la carte nationale d'identité et/ou du passeport.
- RIB au nom de l'assuré (pour le remboursement de vos frais de santé).
- Mandat de prélèvement SEPA (si vous avez choisi le mode règlement par prélèvement automatique) + RIB.
- Certificat de radiation à une assurance complémentaire datant de moins d'un mois et un résumé des garanties.
- Certificat de scolarité des enfants.

**POUR TOUTE ADHÉSION COMMUNE À LA CFE ET À EXPAT SANTÉ :**

- Copie de votre carte nationale d'identité et/ou de votre passeport.
- Extrait d'acte de naissance si vous n'avez pas de numéro de Sécurité Sociale.
- Copie recto/verso de votre carte de mutuelle.
- Si vous bénéficiez d'une prise en charge à 100 % (exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée) : copie de la notification de prise en charge et l'autorisation de transfert du dossier médical (le formulaire est à télécharger sur le site [www.cfe.fr](http://www.cfe.fr), rubrique Mon compte CFE).

### OÙ ENVOYER VOTRE DOSSIER D'ADHÉSION ?

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



### INFORMATIONS COMMUNES

Première demande d'affiliation

Modification de la demande d'adhésion initiale

#### ADHÉRENT / SOUSCRIPTEUR

Monsieur  Madame

Nom

Prénom

Nom de jeune fille

Né(e) le  À

Nationalité

SS/CFE

#### Adresse de correspondance

#### Adresse de résidence (si différente)

Code postal  Ville

Code postal  Ville

Pays

Pays

Tél\*  Mobile\*

Tél\*  Mobile\*

e-mail

e-mail

\* Indicatif/code pays/numéro

#### Situation maritale

Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Concubin(e)  Pacsé(e)

#### Statut social

Salarié(e)  Indépendant (prof. libérale, artisan, commerçant...)  
 Retraité(e)  Sans emploi  Étudiant(e)

#### 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

#### Type de contrat souscrit

Santé Premier EUR - Contrat n° G0424\*  
 Santé Impatriés France Premier EUR - Contrat n° G0426\*  
 Santé CFE EUR - Contrat n° G0425\* Adhésion CFE :  Oui  Non Date d'adhésion

\* Assureur : MFPrévoyance

#### Date d'effet des garanties

Merci d'indiquer la date à laquelle vous souhaitez être assuré (1<sup>er</sup> jour du mois, l'adhésion est effective sous réserve d'acceptation du médecin conseil de l'Assureur et expressément notifiée par l'encaissement du paiement de la première cotisation) :



### AYANTS DROIT À GARANTIR

Membres de la famille	Sexe	Nom	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité Sociale
Conjoint Concubin	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				_____
Enfant 1	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				_____
Enfant 2	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				_____
Enfant 3	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				_____
Enfant 4	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				_____
Enfant 5	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				_____

### GARANTIES

#### Zone de couverture géographique

<input type="checkbox"/> ZONE 1	<input type="checkbox"/> ZONE 2	<input type="checkbox"/> ZONE 3	<input type="checkbox"/> ZONE 4	<input type="checkbox"/> IMPATRIÉS
Monde entier sauf USA.	Monde entier sauf USA, Canada, Suisse.	Monde entier sauf USA, Canada, Suisse, Arabie Saoudite, Bahreïn, Brésil, Brunei, Chine, Émirats Arabes Unis, Hong-Kong, Israël, Koweït, Liban, Mexique, Oman, Qatar, Royaume-Uni, Russie, Singapour.	Monde entier sauf USA, Canada, Suisse, Arabie Saoudite, Bahreïn, Brésil, Brunei, Chine, Émirats Arabes Unis, Hong-Kong, Israël, Koweït, Liban, Mexique, Oman, Qatar, Russie, Singapour, Union européenne, Afrique du Sud, Andorre, Australie, Liechtenstein, Islande, Monaco, Norvège, Nouvelle Zélande, Japon	France dont départements d'outre-mer États membres de l'Union européenne à l'exclusion du Royaume-Uni

#### Formule de garanties

- Premium Economy                       Business 90  
 Business 90+                               Business 100  
 Business 100+                               Première 90  
 Première 100

#### Assistance-Rapatriement (Assureur MGEN Filia)

Contrat en EUR n°MGENIB1100255NAN

- Oui     Non

#### Responsabilité Civile vie privée (Assureur Chubb)

Contrat en EUR n°FRBOPA57884

- Oui     Non

### MODE DE PAIEMENT

#### Veillez indiquer le mode de paiement et le fractionnement choisis :

	Annuel	Semestriel	Trimestriel	Mensuel
Carte de crédit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prélèvement automatique (compte en France)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Chèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-

Le paiement par chèque doit être effectué à l'ordre d'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.

### COTISATIONS ANNUELLES

#### Devise

- EUR

Santé

Assistance-rapatriement

Responsabilité civile

Droits associatifs (30 EUR)

TOTAL GÉNÉRAL



### 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 PERSONNELLES

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 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 oeuvre 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 Officer) 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 à la 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»

Après avoir **PARAPHÉ CHAQUE PAGE** et **SIGNÉ LA PAGE INFORMATIONS/CONSEILS ET LA PRÉSENTE,**

le 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



**CRYSTAL MOBILITY**

Les contrats Expat Santé sont distribués par Crystal Mobility, une société Crystal  
Service commercial : Tél 33 1 42 56 16 41 - Siège social : 939, Rue de la Croix Verte - 34090 Montpellier France  
SAS au capital de 28 580 EUR - RCS Montpellier 491 144 150  
ORIAS n°07 008 939 (www.orias.fr) - RC professionnelle - Réclamations clients : relation@crystal-mobility.com



---

SAS au capital de 28 580 EUR  
RCS Montpellier 491 144 150

N° ORIAS 07 008 939 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr) - Sous le contrôle de l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4, place de Budapest - 75009 Paris - France  
[www.acpr.banque-france.fr](http://www.acpr.banque-france.fr)

Réclamations clients  
[relation@crystal-mobility.com](mailto: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](http://www.crystal-mobility.com)

Crystal Mobility est une société Crystal



Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance,  
au capital de 81 773 850 EUR,  
régie par le Code des assurances,  
RCS 507 648 053 PARIS

**SIÈGE SOCIAL**

4, place Raoul Dautry  
75716 Paris Cedex 1 - France

Contrat d'assistance assuré par :  
**MGEN Fila**, Siren 775 685 399,  
3 Square Max Hymans, 75748 PARIS Cedex 15.

Contrat Responsabilité civile assuré par :  
**Chubb European Group SE**,  
entreprise régie par le Code des assurances,  
au capital social de 896 176 662 euros,  
Sise La Tour Carpe Diem - 31, place des Corolles  
Esplanade Nord - 92400 Courbevoie - France  
R.C.S. Nanterre n° 450 327 374