

**BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION  
CONTRAT MGENIB1200092SNN  
-SafeHospi-**

<b>Réservé e-safecare.com</b>
<b>Adhésion :</b>
<b>Votre conseiller : COAM D001</b>

- Première demande d’adhésion       Modification de la demande d’adhésion initiale

**1. L’ADHERENT(E)**

Madame     Monsieur

Nom \_\_\_\_\_

Prénom(s) \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJMMAAA)   

Nationalité \_\_\_\_\_

Pays d’expatriation \_\_\_\_\_

Célibataire     Concubin(e)     Marié(e)

Divorcé(e)     Veuf(ve)

**Correspondance**

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal ou BP \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Tél Portable \_\_\_\_\_

Tél Fixe \_\_\_\_\_

**2. CHOIX DES GARANTIES ET DATE D’EFFET**

SafeHospi 1     SafeHospi 2     SafeHospi 3      Date d’effet (1<sup>er</sup> du mois suivant)   

**3. AYANTS DROIT A GARANTIR**

Les garanties Frais médicaux assurées par MGEN peuvent être étendues aux membres de ma famille désignés ci-dessous en fonction de la formule choisie :  **A-Membre seul**     **B-Membre + Conjoint**     **C-Membre + 1 enfant**     **D-Famille**

Tableau à compléter si formule retenue B, C ou D				
STATUT	SEXE	NOM	PRENOM(S)	DATE NAISSANCE (JJMMAAAA)
Conjoint	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1 <sup>er</sup> enfant*	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2 <sup>ème</sup> enfant*	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3 <sup>ème</sup> enfant*	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

\* Au-delà du 3ème enfant, donner les informations sur papier libre.

**4. DECLARATIONS**

- Je déclare :
- avoir reçu et pris connaissance de(s) la (les) notice(s) d’information relative(s) aux contrats d’assurance souscrites par l’Association Esafecare.org dont je souhaite ce jour devenir membre (cotisation mensuelle 10€ comprise dans les tarifs présentés) ;
  - résider et travailler hors des frontières du pays dont je suis ressortissant ;
  - avoir fourni tous les renseignements demandés de façon complète, sincère et exacte ;
  - reconnaître que, conformément à l’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 du Code des assurances, la garantie accordée à l’Adhérent par l’Assureur est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l’Adhérent 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’Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l’Adhérent 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 relative à mes Ayants-droit, dans un délai de quinze (15) jours à partir du moment où j’ai connaissance de ce changement.

Vous disposez d’un droit d’accès, de rectification et d’effacement de vos données personnelles et du droit de le retirer. Vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer et la portabilité des données transmises. Vous pouvez prévoir des directives relatives au sort de vos données personnelles après votre décès. Toute demande d’exercice de ses droits peut être adressée au DPO de VYV. Vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 – Tél : +33 (0)1.53.73.22.22.

VYV IB : 7 Square Max Hymans, 75748 PARIS Cedex, RCS PARIS 813 361441, ORIAS 16002500. Toute demande d’exercice des droits peut être adressée à : DPO VYV - Tour Montparnasse – 33, avenue du Maine – BP 245 – 75755 Paris Cedex 15 ou dpo@groupe-vyv.fr.  
MGEN : Siren 775 685 399, 3 Square Max Hymans, 75748 PARIS Cedex 15, France, Régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité  
E-SAFECARE.ORG : Association de loi 1901, dont le siège social est situé au 11 rue Laugier – 75017 PARIS, enregistré le 16 novembre 2021 à la Préfecture de Police de Paris sous le numéro W751262925  
COAM : Courtage d’Assurances Maladie et Transports, société immatriculée au Greffe du Tribunal de Commerce de Mamoudzou sous le numéro 343 802 484, dont le siège social est situé ZI de Kaweni – 97600 MAMOUZOU, immatriculée au Registre des Intermédiaires d’Assurances sous le numéro 10056819 (www.oriass.fr)

## 5. INFORMATIQUE ET LIBERTES

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 cadre des finalités susvisées, les personnels dûment habilités de l'Organisme assureur, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants, ses réassureurs respectifs et aux intermédiaires.

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 concernent 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 obligations de conservation imposées par la réglementation.

En donnant votre consentement, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles et du droit de le retirer. Vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer et la portabilité des données transmises. Vous pouvez prévoir des directives relatives au sort de vos données personnelles après votre décès. Toute demande d'exercice de ses droits peut être adressée au Data Protection Officer du Groupe VYV : Tour Montparnasse – 33, avenue du Maine – BP 245 – 75755 Paris Cedex 15 ou [dpo@groupe-vyv.fr](mailto:dpo@groupe-vyv.fr). Vous avez 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 – Tél : +33 (0)1.53.73.22.22.

## 6. TARIFS 2022

NIVEAUX	SafeHospi 1	SafeHospi 2	SafeHospi 3
<b>MEMBRE SEUL</b>	29 €	42 €	58 €
<b>MEMBRE + CONJOINT</b>	47 €	69 €	103 €
<b>MEMBRE + 1 ENFANT</b>	42 €	58 €	90 €
<b>FAMILLE</b>	60 €	85 €	136 €

Fait à \_\_\_\_\_

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

Le      (JJMMAAA)

### **IMPORTANT – PROCHAINES ETAPES**

→ Après l'avoir complété et signé, ce Bulletin d'adhésion est à retourner à l'adresse suivante (format numérisé PDF) :

[contact@e-safecare.com](mailto:contact@e-safecare.com)

→ Dans les 48 heures après réception, un lien vous sera adressé par courriel par votre gestionnaire **e-safecare/ExpaTPA** (à l'adresse e-mail précisée dans la rubrique ci-dessus « Correspondance »). Vous accéderez alors à votre Espace Personnel et pourrez procéder au paiement de la première cotisation, vous permettant ainsi d'éditer votre Certificat d'Adhésion

→ Vous deviendrez par ailleurs membre de l'Association **e-safecare.org** [www.e-safecare.org](http://www.e-safecare.org) et pourrez bénéficier des informations et services proposés aux membres de l'Association.

# Assurance Frais de santé – SafeHospi – 1<sup>er</sup> € Document d'information d'un produit d'assurance

Organisme assureur : MGEN, Mutuelle immatriculée sous le numéro 775 685 399, régie par le Code de la Mutualité, 3 square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15. Représenté par VYV International Benefits, 7 Square Max Hymans, 75648 Paris Cedex 15, France, RCS Paris 813 36 1441, Orias 16002500.

Produit : Contrat n° MGENIB120092SNN – SafeHospi

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle à lire avec attention. Les garanties précédées d'une coche verte signifient qu'elles sont accordées systématiquement dans le contrat.

**De quel type d'assurance s'agit-il ?** Le produit d'assurance Frais de Santé « SafeHospi » a pour objet de faire bénéficier facultativement les personnes expatriées résidant en dehors de leur pays d'origine, âgées de moins de 70 ans et adhérentes à l'Association E-Safecare.org, du versement d'une somme forfaitaire et d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation, découlant d'un accident ou d'une maladie. Le contrat groupe a été souscrit par l'Association E-Safecare.org auprès de VYV International Benefits, agissant pour le compte de l'Organisme assureur MGEN, dont les mentions légales figurent en bas de page.



## Qu'est-ce qui est assuré ?

### Garanties Frais de santé

Somme forfaitaire et indemnités journalières versées, selon la formule choisie (SafeHospi 1, SafeHospi 2, SafeHospi 3) :

- ✓ Hospitalisation médicale et chirurgicale



## Dans quels Pays suis-je couvert ?

La somme forfaitaire et les indemnités journalières en cas d'hospitalisation sont dues dans les conditions définies au sein de la présente notice d'information et selon la zone de couverture définie ci-dessous :

- ✓ Dans le Monde entier

L'hospitalisation doit avoir été exposée pendant la période d'assurance dans un des pays de la zone d'expatriation définie ci-dessus.



## Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

### Principales exclusions :

**SONT EXCLUS DE LA GARANTIE LES FRAIS RESULTANT D'ACCIDENTS OU MALADIES :**

- ✗ QUI SONT LE FAIT VOLONTAIRE DU BENEFICIAIRE ET CEUX QUI RESULTENT DE TENTATIVES DE SUICIDE OU DE MUTILATION VOLONTAIRE,
- ✗ SURVENANT OU CONTRACTES AU COURS DE TOUTES LES COMPETITIONS SPORTIVES AUTRES QUE CELLES DE PUR AMATEURISME, AINSI QUE LA CONSEQUENCE DE LA PRATIQUE DES SPORTS DANGEREUX,
- ✗ LES CONSEQUENCES D'UNE GUERRE CIVILE OU NON, D'UNE INSURRECTION, D'UNE EMEUTE, D'UN ATTENTAT OU D'UN MOUVEMENT POPULAIRE OU D'ACTES TERRORISTES, QUEL QUE SOIT LE LIEU OU SE DEROULENT CES EVENEMENTS ET QUELS QU'EN SOIENT LES PROTAGONISTES, SAUF SI LA PERSONNE GARANTIE NE PREND PAS UNE PART ACTIVE A L'EVENEMENT,
- ✗ ANTERIEURS A LA DATE D'EFFET DE L'ADHESION ET NON DECLARES A L'ASSUREUR,
- ✗ DE LA PARTICIPATION DE L'ASSURE A DES RIXES, SAUF LE CAS DE LEGITIME DEFENSE OU L'ASSISTANCE A PERSONNE EN DANGER,
- ✗ UN SINISTRE RESULTANT DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DE LA DESINTEGRATION DU NOYAU ATOMIQUE.
- ✗ TOUTE DEPENSE RELATIVE A DES DEPENSES DE SANTE DITES « DE VILLE » ET AMBULATOIRE

**SONT EGALEMENT EXCLUS DE LA GARANTIE :**

- ✗ LES FRAIS MEDICAUX LIES A UN SEJOUR EN MAISON DE REPOS ET MAISON DE CONVALESCENCE,
- ✗ LES FRAIS MEDICAUX LIES A UN SEJOUR EN ETABLISSEMENTS POUR ALCOOLIQUES OU TOXICOMANES,
- ✗ TOUTE CHIRURGIE ELECTIVE/VOLONTAIRE ET/OU CHIRURGIE PLASTIQUE/ESTHETIQUE.



## Y-a-t-il des restrictions à la couverture ?

- ! Toute adhésion après le départ hors du pays de résidence habituelle
- ! Les frais engagés pendant les délais de carence, définis au sein de la présente notice
- ! Les frais engagés avant la période d'entrée en vigueur et après celle de la cessation des garanties
- ! Les frais médicaux effectués hors d'un établissement hospitalier
- ! Les frais déraisonnables ou inhabituels



## Quelles sont mes obligations ?

**Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie :**

### A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer un bulletin individuel d'adhésion
- Payer sa première cotisation (Assurance et Association).

### En cours de contrat :

- Régler la cotisation (Assurance et Association) à la périodicité prévue.
- Informer l'Organisme assureur dans un délai de 30 jours dès qu'il a connaissance de l'un des événements suivants : changement d'adresse et de pays d'expatriation, modification de sa composition familiale, changement de situation au regard des régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité.

### En cas de sinistre :

- Contacter le gestionnaire frais médicaux pour obtenir le versement de la somme forfaitaire et des indemnités journalières en cas d'hospitalisation
- Notifier à l'Organisme assureur toute admission à l'hôpital au moins 15 jours à l'avance (ou dans un délai de 48h suivant l'admission en cas d'urgence)
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues par la notice d'information.



## Quand dois-je payer et comment ?

Les cotisations mensuelles sont dues directement par l'Adhérent à l'Association souscriptrice ou son représentant.

Les montants des cotisations sont définis en fonction de la formule de garanties choisie et de la situation de famille de l'Adhérent.

**Les cotisations sont payables d'avance en euros (€) mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement par l'Adhérent à l'Association Souscriptrice selon le choix qui aura été fait dans le bulletin d'adhésion.**



## À quel moment le contrat commence-t-il et à quel moment prend-il fin ?

La prise d'effet du contrat est subordonnée à l'adhésion à l'association, à l'acceptation de l'Organisme assureur et au paiement de la première cotisation. La couverture des frais médicaux prend effet à la date d'acceptation qui apparaît sur le bulletin individuel d'adhésion.

### La couverture prend fin :

- À l'initiative de l'Adhérent en cas de résiliation annuelle ou infra-annuelle de son contrat d'assurance,
- En cas de fausse déclaration,
- En cas de décès de l'Adhérent,
- Dès que l'Adhérent cesse d'appartenir à la catégorie de personnes assurées à laquelle le contrat s'applique,
- En cas de non-paiement des cotisations et dans le respect des dispositions correspondantes du Code de la mutualité,
- À la date à laquelle l'Adhérent n'est plus adhérent à l'Association souscriptrice,
- En cas de dissolution de l'Association souscriptrice ou de liquidation judiciaire de l'Organisme assureur,
- Au plus tard au jour de son 70<sup>e</sup> anniversaire,
- À la date de prise d'effet de la résiliation du contrat d'assurance groupe n° MGENIB1200092SNN conclu entre l'Association souscriptrice et l'Organisme assureur.

**Pour les Ayants-droits**, à la date à laquelle ils ne remplissent plus les conditions de couverture ou au jour de leur 70<sup>e</sup> anniversaire.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

L'adhésion au contrat est tacitement reconduite le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année pour une période de 12 mois, sauf si l'Adhérent informe de son intention de résilier son adhésion en adressant sa demande à l'Organisme assureur, soit :

- à tout moment après une année d'affiliation
- au plus tard le 31 octobre de l'année précédente, la résiliation devenant effective au 1<sup>er</sup> janvier.