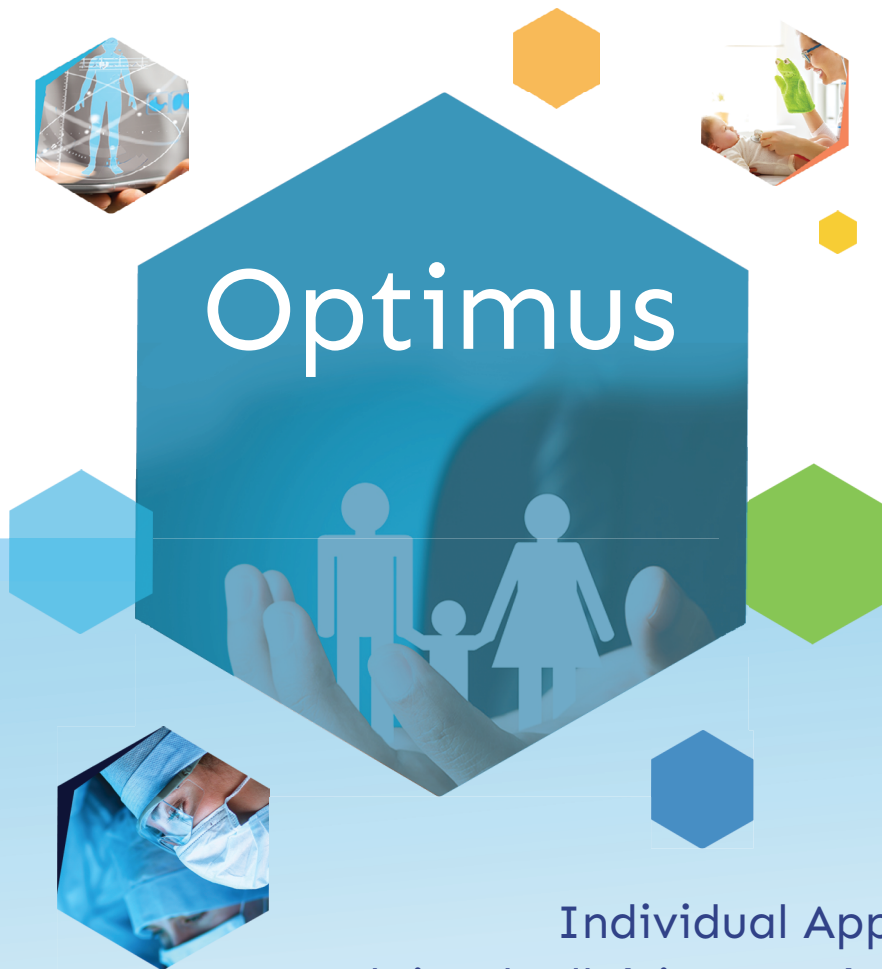


Votre Couverture Santé & Décès à l'étranger
Your international Healthcare & Death Cover



Individual Application Form
Formulaire d'adhésion au régime individuel

MGEN
3 square Max-Hymans
75 748 PARIS Cedex 15
France

Monassur
11 avenue Saint Michel
Le Buckingham Palace
BP 265
98005 Monaco
Tél : +377 93 50 99 66
Fax: +377 97 70 72 00
www.ericclairnet.com
email : info@ericclairnet.com

MedicalAdministrators International
80, rue Anatole France
92300 Levallois-Perret
France
Tél: +33 1 77 68 01 60
www.medical-administrators.com

Personne à affilier / Subscriber

Je, soussigné(e) / I, undersigned, Nom usuel / marital / Last name Prénom / First name
 Né(e) le / Date of birth à / in Nationalité / Nationality
 Sexe / Gender F M Célibataire / Single Marié(e) / Married Veuf (ve) / Widow(er) Divorcé(e) / Divorced Vie maritale / Cohabitation PACS / PACS
 Adresse de résidence à l'étranger / Address abroad
 Adresse de votre pays d'origine / Home country address
 Langue de communication souhaitée / Preferred communication language
 Téléphone / Telephone number Fax / Fax E-mail / E-mail
 Profession / Occupation

Après avoir pris connaissance du niveau des garanties, de leurs modalités d'application ainsi que des cotisations correspondantes, je demande une adhésion au régime individuel «Optimus» : / I request my enrolment to the «Optimus» individual plan :

pour moi seul(e), / for myself only

pour moi et ma famille dont les bénéficiaires sont les suivants / for myself and my family wich includes the following dependants

Personnes couvertes / Covered persons	Sexe (M ou F) / Sex (M ou F)	Nom de famille / Last name	Prénom(s) / First name	Date de naissance (jj/mm/aaaa) / Date of birth (dd/mm/yyyy)	Cotisation annuelle / Yearly premium
Assuré(e) / Subscriber				/ /	
Conjoint(e) / Spouse				/ /	
1er enfant / 1st child				/ /	
2e enfant / 2nd child				/ /	
3e enfant / 3rd child				/ /	
4e enfant / 4th child				/ /	

Total Santé & Prévoyance (si garantie supplémentaire décès choisie) : /

Total healthcare & Death benefits premiums (if death benefit cover chosen)

Pour les garanties suivantes : / For the following benefits :

Santé (un seul choix possible par ligne) / Heath (only one choice per line)	« Une garantie supplémentaire « Décès » vous est proposée à titre optionnel comme suit / A further « death » benefit is available as an option as follows :	
Plans Hospitalisation / In-patient plans B0 (7 000 €) B1 (10 000 €) B2 (12 000 €)		
Plans Consultations Externe / Out-patient plans GPS1 GPS2 GPS3	100 000 €	200 000 €
Plans dentaires / Dental plans D1 D2		

Les capitaux garantis en cas de décès de l'Adhérent sont attribués par ordre de préférence : / Sums insured in the event of death of policyholder are allocated as follows (preferential options order):

1ère formule : j'opte pour la désignation type comme suit : « je désigne comme bénéficiaire en cas de décès mon conjoint non séparé de corps, à défaut, à mon partenaire lié par un PACS, à défaut, à mes enfants 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, à mes père et mère, par parts égales entre eux, ou, au survivant en cas de prédécès, à défaut, à mes héritiers. » / 1st option, I choose the following standard beneficiary clause: « The non-separated spouse if the insured is married. Failing him, the children of the Insured, born or to be born, in equal shares. In the case of death of one of these children, his share is to be paid to his children or, if childless, to his brothers and sisters. Failing them, the father and mother, in equal shares. The share of either deceased is to be paid to the survivor. Failing them, the heirs.»

2ème formule : Je n'opte pas pour la 1ère formule et désigner comme bénéficiaire :

En optant pour la 2e formule, je devrai prévoir plusieurs bénéficiaires successifs en s'inspirant de la clause type et si je souhaite une déclaration exacte entre chaque bénéficiaire, j'indique la part revenant à chacun et termine la désignation par « à défaut mes héritiers ». A défaut de choix d'option, la 1e formule sera appliquée. Des imprimés spécifiques sont mis à disposition pour modifier la désignation de bénéficiaires. Un document avec des recommandations pour la désignation de bénéficiaire sera transmis au moment de l'adhésion / 2nd option I opt out of the first option and I hereby designate the following as beneficiaries :

By choosing this second option, the insured shall designate successive beneficiaries as in the first option and should he wish the benefit to be split in a specific way between the beneficiaries, the shares must be stated. The designation should end with: "failing them, the benefit will go to my heirs. Failing any choice of option being made, Option 1 will apply. Specific forms are available in case of modification of beneficiaries at any time. A document with recommendations on the statement of the beneficiaries will be provided at the time of inception of the policy.

Zone de couverture / Area of cover A: Monde entier / Worldwide B: Monde entier sauf USA, Canada, Suisse, Israël et Japon / Worldwide excluding USA, Canada, Switzerland, Israel, Japan

Je désire que cette adhésion prenne effet le / I want my coverage to start on ____/____/____

Réserve Acceptation Médicale / Medical acceptance reserve ____/____/____

Frais d'adhésion à l'association A Plus / Membership fees : 30 €

Le montant de ma première cotisation annuelle Santé & Prévoyance + 30 € s'élève à : €

Amount of 1st yearly Health & Death benefit premium + 30 € total amount : €

Les cotisations sont payables annuellement d'avance / Premiums are payable yearly in advance

Surcoût pour fractionnement trimestriel à partir de la 2e année : 2% / quarterly payment cost starting 2nd year : 2%

Je choisis de payer ma cotisation par (cocher la case correspondante) : / I choose to pay my premium by (please specify):

chèque en euros à l'ordre d'Eric Blair / cheque in euro to the order of Eric Blair

virement bancaire à Eric Blair / bank transfer to Eric Blair

(dans ce cas merci de joindre une copie du virement au présent formulaire d'adhésion) (in this case please attach a copy of banking transfer to this enrolment form)

Droit de renonciation / Relinquishing rights

L'Assuré peut renoncer à son Assurance pendant un délai de 14 jours calendaires (30 jours calendaires pour la Prévoyance) révolus à partir du moment où il est informé que le contrat est signé, en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à : Monassur - 16 rue des roses B.P. 265 - 98005 Monaco Cedex. L'Assureur lui remboursera alors, dans son intégralité, la somme qu'il a versée, dans un délai de 30 jours à compter de la réception de sa lettre recommandée. Exemple de lettre de renonciation : / The Assured may relinquish this insurance for a period of up to and including 14 calendar days (30 calendar days for the Death benefit) as from the time he has informed the policy document is signed, by sending a registered letter with receipt to : Monassur - 16 rue des roses B.P. 265 - 98005 Monaco Cedex. The Insurer will then reimburse, in full, the premium paid, within a maximum delay of 30 days as from reception of his registered letter. Relinquishing model of letter: «Madame, Monsieur, Je soussigné(e) M/Mme demeurant au renonce à mon adhésion aux contrats d'assurance n° MGENIB1100012SAP01/02 souscrit par auprès de MGEN. J'atteste n'avoir eu connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat depuis la date de conclusion du contrat. Date - Signature- / "Dear Sir, I, the undersigned Mr/Mrs domiciled atrelinquish my rights to insurance policy N° MGENIB1100012SAP01/02 subscribed by With MGEN. I hereby confirm that at the date of the present letter, there are no known claims or unreported losses that could fall within policy coverage since the effective date of this contract. Date - Signature»

A / In

le / this

Signature de la personne affiliée précédée de la mention «Lu et Approuvé» apposée de sa main, sans omettre de dater /
 Date and signature of the subscriber followed by the handwritten mention «read and approved»

Questionnaire médical - Prévoyance / Health questionnaire for death benefits

Les réponses à ce questionnaire doivent être écrites obligatoirement de la main de la personne à assurer. Vous pouvez nous communiquer sur papier libre tout complément d'information concernant votre état de santé. / Answers to this questionnaire should be handwritten by the Applicant. Additional information can be provided on a separate sheet.

1. Quels sont vos: taille, poids, tension artérielle habituelle ? / Height, weight, regular blood pressure ?

Assuré / Subscriber : Taille / Height	m Poids / Weight	kg Tension / Blood pressure
Conjoint / Spouse : Taille / Height	m Poids / Weight	kg Tension / Blood pressure
1er enfant / 1st child : Taille / Height	m Poids / Weight	kg
2e enfant / 2nd child : Taille / Height	m Poids / Weight	kg

Veillez répondre par «oui» ou par «non»
Please answer either by 'yes' or 'no'

	Assuré Insured	Conjoint Spouse	1er enfant 1st child	2e enfant 2nd child	Si réponse OUI, veuillez compléter en précisant la personne concernée pour chaque question / If yes, please detail and name the person involved for each question
2. Suivez-vous actuellement un traitement médical, un régime, une surveillance médicale ? / Are you currently under a medical treatment, a diet, a medical monitoring ?					
3. Votre état de santé vous empêche-t-il d'exercer votre activité professionnelle ? / Does your state of health prevent you from practising a full time job?					Temps partiel thérapeutique / Therapeutic part time : Arrêt total du travail / Total absence from work : Causes / Causes :
4. Avez-vous subi ou devez-vous subir une (des) intervention(s) chirurgicale(s), autre qu'appendicite, amygdales ou végétations ? / Have you ever had or are you going to have in the near future a surgery other than appendix, tonsils or adenoids removal ?					Veillez préciser : / Please specify : Laquelle (lesquelles) ? / Which one (s) ? Date(s) / Date (s)
5. Au cours des cinq dernières années, vous a-t-on prescrit un arrêt de travail ou un traitement médical de plus de trois semaines ? / Have you been absent from work due to medical reasons or were you prescribed a medical treatment of more than 3 weeks within the past 5 years?					Pour quelles raisons ? For what reasons ? Nature et durée du traitement / Nature and length of treatment
6. Avez-vous reçu des soins des soins ou subi des examens au cours des cinq dernières années, ayant entraîné un séjour dans un établissement médical (hôpital, clinique, maison de repos, de rééducation, diététique, de cure, sanatorium ...)? / Within the past 5 years have you been on treatment or received care which led to admission in a medical establishment?					Lesquels ? / Which are ? Date(s) / Date(s) Joindre photocopie des comptes rendus opératoires et/ou histologiques / Please attach copy of medical or histological report
7. Au cours des dix dernières années, avez-vous présenté une ou plusieurs des affections suivantes ? / In the last ten years, have you had any of the following disorders?: a) Hypertension, diabète, excès de cholestérol, accident vasculaire cérébral, affections concernant le coeur, les poumons et l'appareil circulatoire. / High blood pressure, diabetes, high cholesterol level, cerebrovascular accident, heart affections, lungs and circulatory system. b) Allergies, difficultés respiratoires, emphyseme, bronchites, pneumonies, guérison, séquelles, commentaires) apnée du sommeil, asthme. / Allergies, breathing difficulties, emphysema, bronchitis, pneumonias, healing, residual signs, sleep apnea, asthma. c) Anxiété, vertiges, migraines, abus d'alcool ou de drogue, maladies neurologiques ou psychiatriques (y compris dépression). / Anxiety, vertigo, migraines, alcohol or drugs abuse, neurological or psychiatric disorder (including depression).					Si vous avez répondu OUI à cette question, veuillez indiquer de quelle maladie il s'agit ainsi que toutes les précisions utiles (date, durée, traitement, date de guérison, séquelles, commentaires) et joindre les photocopies des rapports médicaux. / If you answered YES to that question, please indicate disease and other useful information (date, duration, treatment, date of recovery, sequels comments)

<p>8. Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité aux virus des hépatites ou à l'un des virus de l'immuno-déficience humaine?</p> <p><i>/ Have you been tested for hepatitis or HIV - antibodies?</i></p>				<p>Si OUI, indiquez: / <i>If yes, please state:</i> Date / <i>Date</i></p> <p>La nature du test / <i>Kind of test</i></p> <p>Le résultat / <i>Result</i></p>
<p>9. Avez-vous des séquelles résultant d'une maladie ou d'un accident?</p> <p><i>/ Do you have still any after effects from a disease or an accident?</i></p>				<p>Lesquelles? / <i>Which ones?</i></p> <p>Date de l'événement / <i>Date of the event</i></p> <p>Nature / <i>Nature</i></p> <p>Date de consolidation / <i>Date of consolidation</i></p> <p>Séquelles / <i>Sequels</i></p>
<p>10. Êtes-vous atteint d'une infirmité ou titulaire d'une pension (civile ou militaire) d'invalidité ou d'une pension vieillesse?</p> <p><i>/ Do you suffer from a disability or receive a disability pension (civil or military), an old age pension, for work incapacitation or work accident pension ?</i></p>				<p>Nature de l'infirmité / <i>Nature of disability</i></p> <p>Nature (pension ou rente) / <i>Nature of pension (government or private)</i></p> <p>Catégorie ou taux / <i>Category or rate</i></p> <p>Joindre notification / <i>Please include notification</i></p>
<p>11. Avez-vous été accepté(e) à des conditions spéciales ou refusé(e) au titre d'un contrat d'assurance sur la vie?</p> <p><i>/ Have you been accepted for life insurance under conditions or been refused?</i></p>				<p>Motif et date / <i>Reason and date</i></p>

Je, soussigné, certifie exactes et sincères les informations générales ci-contre ainsi que les réponses aux questions médicales ci-dessus, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Organisme assureur, étant entendu que les articles L.221-14 et L.221-15 du code de la Mutualité édictent les sanctions en cas de fausse déclaration, réticences ou inexactitudes et consens à être garanti en décès selon les bases contractuelles (article L.223-4 du code de la mutualité).

I, undersigned, certify exact and sincere the general information and the answers to the medical questions above mentioned, certify that I did not declare or omitted to declare anything which can mislead the Insurer. Articles L.221-14 and 221-15 of the French Mutual Insurance Companies Code enact sanctions in case of false declarations, reticence or inaccuracy and accept to be covered for life insurance under contractual grounds (article L.223-4 from Mutual societies code).

À / In.....

le / this ____/____/____

Signature de la personne à assurer précédée de la mention «Lu et Approuvé» apposée de sa main, sans omettre de dater
Signature of the subscriber followed by the handwriter mention «Read and Approved», including the date

Conformément à la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 modifiant la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, l'Organisme assureur met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant l'Association souscriptrice, ou les Adhérents. Ils bénéficient, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en exerçant ce droit par courrier accompagné d'un titre d'identité auprès de MGEN - Centre de gestion de la Verrière- Gestion CNIL - Cs 10601 La Verrière 6 bis avenue Joseph Rollo - 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex. Les données personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique pour les besoins de bonne gestion du contrat, et sont destinées à l'Assureur responsable du traitement, prestataires et réassureurs. / Pursuant to the French Data Protection Law 78-17 of 6 January 1978 amended by Law 2004-801 of 6 August 2004, the Insurer undertakes to process data concerning the Association or the Members. The Member or the Association may ask to consult, oppose, rectify or delete any information about him/her, by sending a letter at the following address: MGEN - Centre de gestion de la Verrière- Gestion CNIL - Cs 10601 La Verrière 6 bis avenue Joseph Rollo - 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex, enclosing a photocopy of both sides of a valid identity card. Your information is used for the creation and management of contracts and are used by the Insurer, TPA and Reinsurers.

Votre interlocuteur habituel MONASSUR, est en mesure d'étudier au fond toutes vos demandes et réclamations. Si, au terme de cet examen, les réponses données ne satisfont pas votre attente, vous pouvez adresser votre réclamation MGEN International Benefits, - Service Relations Clientèle, 3/5/7 Square Max-Hymans 75748 Paris cedex 15, Courriel : client@mgen-ib.com. Enfin, en cas de désaccord définitif entre nous relatif à une garantie, vous aurez la faculté de faire appel au médiateur à l'adresse ci-dessous : MGEN - Le Médiateur - 3, square Max Hymans - 75748 Paris Cedex 15 Ou par voie électronique à : mediation@mgen.fr / Your customary interlocutor of MGEN is in charge of taking into consideration all of your requests and complaints. If according to the terms of this examination the answers given do not satisfy your expectation, you can file a complaint to MGEN Internation Benefits - Service Relations Clientèle, 3/5/7 Square Max-Hymans 75748 Paris Cedex 15- E-mail : client@mgen-ib.com. Finally, in case of a final disagreement with us regarding a guarantee, you will have the option of calling a mediator of which we will provide you the details on request without any prejudices to other types of legal action.



Questionnaire ci-dessous à remplir obligatoirement.
Vous pouvez nous communiquer sur papier libre tout complément d'informations concernant votre état de santé en indiquant le numéro de la question correspondante du questionnaire médical (au titre de la garantie décès).

*Mandatory health questionnaire for death benefits to be filled in.
You may write on a separate sheet any supplementary information regarding your health (death benefits).*

Après avoir rempli votre questionnaire
n'oubliez pas de coller ce rabat.

*Do not forget to seal with
questionnaire after completion.*

Vous avez la possibilité de mettre ce document sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'Organisme assureur.

*You may submit this document to the attention
of the insurer's
medical advice in a sealed envelope*