

ASFE - L'ASSURANCE SANTÉ SANS FRONTIÈRES



# Junior'Expat

l'assurance santé  
pour les jeunes dans  
le monde







L'ASFE, l'assurance santé sans frontières, créée en 1992, est une association de loi 1901. Sa vocation est d'apporter **des solutions à tous les expatriés dans le monde** en matière de **couverture santé, assistance médicale/rapatriement, assurance perte et vol de bagages, responsabilité civile et prévoyance**.

**Vous partez en séjour, en mission, en stages/études, Working Holiday Visa ou toute autre raison, pour une durée allant de 6 mois à 1 an renouvelable. En tant qu'expatrié, vous ne bénéficiez plus du régime de Sécurité sociale français. Or, le coût des soins de santé est très variable d'un pays à un autre, et peut être parfois bien supérieur à celui supporté par une mutuelle en France. C'est pourquoi l'ASFE vous propose une assurance simple et compétitive qui couvre dans le monde entier en cas de maladie inopinée\* ou d'accident\*.**

Notre statut d'association regroupant un grand nombre d'adhérents nous permet de **mutualiser les risques** et donc d'obtenir les meilleurs tarifs auprès des organismes les plus compétents.

## L'ASFE, c'est la garantie de bénéficier de :

- remboursements de soins de santé en frais réels, sans franchise
- contacts 24h/24, 7j/7 en cas d'urgence grâce à nos 4 centres de gestion répartis dans le monde entier : Paris (France), Calgary (Canada), Dubaï (Émirats Arabes Unis) et Shanghai (Chine)

- services en ligne efficaces : suivi de vos dossiers de remboursements, base de données santé etc.
- la solidité d'un groupe gérant plus de 150 000 expatriés dans le monde entier, certifié ISO 9001 : 2008
- partenaires assureurs et assistants de confiance
- conseillers experts à votre écoute pour vous aider dans le choix de votre assurance

---

**91 % de nos adhérents sont satisfaits et nous recommanderaient à d'autres expatriés !**

Source : enquête de satisfaction ASFE 2010

---

## Une solution d'assurance adaptée à votre situation

Vous souhaitez un **package** alliant **les soins médicaux, l'hospitalisation, l'assistance médicale/rapatriement, l'assurance perte et vol de bagages, la responsabilité civile privée, et la prévoyance**.

## Votre profil

- vous avez moins de 31 ans
- vous partez à l'étranger pour 6, 9 ou 12 mois (renouvelables)
- quel que soit votre statut, en séjour, mission, stages/études, Working Holiday Visa ou **toute autre raison**

\* Voir définitions page 5

# Vos garanties santé, prévoyance et responsabilité civile

avec notre  
partenaire  
assureur



## Vos garanties santé

Nous prenons en charge vos frais médicaux et hospitaliers jusqu'à 200 000€ pendant votre séjour.

En cas de maladie inopinée\* ou d'accident\*, l'ASFE vous rembourse :

<b>Consultations</b> (sauf dentiste), pharmacie, frais d'analyses et de travaux de laboratoire, actes de radiologie, imagerie médicale (I.R.M.) et scanners, analyses et auxiliaires médicaux	100% des frais réels
<b>Hospitalisation médicale ou chirurgicale</b> avec prise en charge directe pour vous éviter l'avance des frais	100% des frais réels
<b>Soins dentaires occasionnés par un accident ou par une urgence dentaire*</b> (non consécutifs à un mauvais état préalable de la dentition ou des gencives)	100% des frais réels, limités à 305€

## Vos garanties prévoyance

Parce qu'un accident ou une maladie soudaine peut générer plus que des frais de santé, l'ASFE verse en cas de :

▶ **décès** : un capital de 15 000€ (le montant est doublé si le décès est consécutif à un accident) au bénéficiaire que vous aurez préalablement désigné lors de votre adhésion

▶ **infirmité permanente accidentelle** (taux d'invalidité minimum de 33%) : un capital pouvant atteindre 15 000€

## Votre garantie responsabilité civile vie privée

Elle vous couvre pour les dommages corporels et matériels de la vie privée dans la limite de **1 524 490 €** pour l'ensemble des dommages et **762 245 €** pour les seuls dommages matériels.

## DEFINITIONS

\* **Par accident**, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent et provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure (entorse, fracture...).

\* **Par maladie inopinée**, on entend toute altération de santé médicalement constatée soudaine et imprévisible nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical ne pouvant attendre le retour ou le rapatriement dans le pays de résidence.

\* **Par urgence dentaire**, il faut entendre toute atteinte infectieuse des racines dont l'absence de traitement sous 48 heures est susceptible d'entraîner des complications. Notre remboursement intervient **après l'étude du rapport médical ou dentaire fourni par l'assuré**.

## BON À SAVOIR...

### ...LES PRINCIPALES EXCLUSIONS

• Les remboursements liés à l'optique ou aux prothèses dentaires et les actes médicaux liés à la prévention ou au contrôle médical (consultation pour la contraception, les analyses de recherche de cholestérol...) sont exclus du contrat.

• Les soins relatifs à toute affection antérieure à l'adhésion et déclarés ou non au moment de l'adhésion, ceux liés à la grossesse et à la maternité, à un traitement ou une opération de chirurgie esthétique, les cures de désintoxication ou d'amaigrissement, les séjours en maison de repos, de diététique, de convalescence, en centre de thalassothérapie, les cures thermales, les soins ou hospitalisations relatifs aux dépressions nerveuses et plus généralement aux affections et aux maladies d'origine psychotique ou névrotique et enfin les soins non remboursés par la Sécurité sociale française, ne correspondant pas à la nomenclature française sont également exclus des garanties.



## Vos garanties assistance

avec notre partenaire



## Votre garantie d'assistance médicale et rapatriement

En cas d'accident ou de maladie, Europ Assistance organise et prend en charge :

### • Assistance médicale et rapatriement

<b>Assistance et rapatriement :</b> organisation et prise en charge du bénéficiaire, transport vers un établissement de soins à proximité ou rapatriement vers le pays d'origine	Frais réels
<b>Retour d'un accompagnant bénéficiaire</b>	Billet retour
<b>Présence d'un proche</b> en cas d'hospitalisation de plus de 5 jours	Billet aller / retour + 100€ par nuit, dans la limite de 1 000€
<b>Retour sur le lieu de résidence</b> après un rapatriement dans le pays d'origine	Billet aller
Retour anticipé en cas d'hospitalisation de plus de 5 jours d'un <b>membre de la famille</b>	Billet aller / retour

### • Assistance en cas de décès

<b>Rapatriement du corps</b> dans le pays d'origine	Frais réels
<b>Frais de cercueil</b> ou d'urne	2 000€
<b>Retour anticipé en cas de décès</b> d'un membre de la famille	Billet aller / retour
Reconnaissance de corps et formalités	Billet aller / retour + 100€ par nuit dans la limite de 200€

## • Assistance voyage

Avance d'une caution pénale	15 000€
Avance et prise en charge des honoraires d'avocat	3 000€
Frais de recherche en mer et montagne	15 000€
Accès à l'e-coffre-fort d'Europ Assistance pendant votre contrat	Adhésion gratuite au site

Mais aussi :

▶ **retour anticipé** en cas d'attentat ou de catastrophe naturelle

▶ **assistance vol, perte ou destruction de papiers d'identité** avec une avance de fonds de 2 300€

▶ **prise en charge des frais de prolongation de séjour** jusqu'à 100€ par nuit dans la limite de 1 000€

▶ **envoi de médicaments** introuvables sur place ou de messages urgents...

## Vos garanties bagages

Europ Assistance met également à votre disposition une assurance bagages et effets personnels dont vous êtes le propriétaire :

Assurance vol, destruction totale ou partielle et perte de bagages	2 000€ *
Indemnité de retard de livraison de bagages à l'aéroport (supérieur à 24h)	300€
Frais de reconstitution de documents d'identité	150€

\* franchise de 30€ / valise limitée à 50% pour les objets précieux.





Les atouts  
de l'ASFE

#8

---

### ▶ Des garanties immédiates

Vous êtes **garanti\* dès le 1<sup>er</sup> jour** qui suit l'acceptation de votre adhésion ou à une date ultérieure que vous aurez choisie.

*\*sous réserve du paiement de votre cotisation et de l'acceptation de votre questionnaire médical.*

### ▶ Des remboursements rapides

Nous vous remboursons par chèque ou virement bancaire **dans la devise et sur le compte bancaire de votre choix, en France ou à l'étranger**, et ce, **dans les 72 heures** après la réception de votre dossier.

### ▶ Une écoute dans le monde entier

- **24h/24**, vous pouvez nous joindre pour toute demande via **nos 4 centres de gestion** situés à Calgary (Canada), Paris (France), Dubaï (Émirats Arabes Unis) et Shanghai (Chine). Nos équipes multiculturelles (30 langues parlées et 45 nationalités), connaissent parfaitement votre contrat et les systèmes de soins locaux.

- Des **médecins-conseils** sont également à **vos disposition** pour des avis médicaux.



---

## ► Une prise en charge directe des soins

- Nous effectuons **une prise en charge directe en cas d'hospitalisation** de plus de 24h ou de **soins de santé supérieurs à 400 €**, vous évitant ainsi l'avance des frais.
- Votre **carte d'assuré** remise lors de votre adhésion **facilite votre prise en charge dans le monde entier** et comporte l'ensemble des coordonnées qui vous seront nécessaires.

## ► Un paiement en plusieurs fois sans frais

Nous vous proposons **d'échelonner gratuitement le paiement de votre cotisation** par trimestre. Pour cela, il vous suffit d'opter pour le prélèvement automatique sur un compte en France.

## ► Des services en ligne efficaces

Nous mettons à votre disposition **un espace personnalisé et sécurisé** sur notre site Internet. Vous pourrez ainsi, **24h/24** :

- compléter et imprimer votre demande de remboursement de soins de santé
- suivre en temps réel le bon déroulement de tout type de demande
- consulter l'ensemble de vos remboursements
- faire une demande de prise en charge en cas d'hospitalisation
- connaître la situation sanitaire et sécuritaire de votre pays de séjour
- rechercher, partout dans le monde, les coordonnées et des informations pratiques sur un hôpital, un médecin... proche de vous (indication des langues parlées notamment)

## ► L'envoi d'informations par e-mail

- **des newsletters trimestrielles** pour vous faire part de notre actualité et aborder tous les thèmes relatifs à votre santé
- **des alertes e-mail** lors de la mise en place de nouveaux services





Une souscription  
simple...

---

Il suffit de nous envoyer par  
courrier...

- le **bulletin d'adhésion** complété et signé
- le **questionnaire médical** dûment rempli et signé, et, les **informations médicales complémentaires** en cas de réponse(s) positive(s) au questionnaire médical
- une **photocopie** de votre **carte d'identité** (recto / verso) ou de votre **passport** en cours de validité
- un **RIB** pour le remboursement de vos frais de soins de santé
- le **paiement** de votre cotisation (voir ci-contre)

...à notre adresse:

**ASFE / MOBILITY SAINT HONORE**  
**Service Adhésions**  
82, rue Villeneuve  
92587 Clichy Cedex - FRANCE

Attention! Si votre bulletin d'adhésion n'est pas rempli correctement et/ou s'il manque des documents, votre adhésion pourra être retardée jusqu'à l'obtention de la totalité des documents.

---

## Votre tarif 2011

L'assurance Junior'expat ne peut être souscrite qu'à titre individuel.

Si vous partez en couple, vous devrez faire deux adhésions séparées.

Si vous partez en famille (conjoint + enfants), nous vous conseillons de contacter nos conseillers qui vous orienteront vers une solution adaptée.

Les **tarifs** ci-dessous sont valables **jusqu'au 31/12/2011** pour une période de 12 mois maximum (renouvelable pour 3, 6, 9 ou 12 mois, dès lors que vous n'avez pas atteint votre 31<sup>e</sup> anniversaire) :

Prix par personne et par séjour	6 MOIS	9 MOIS	12 MOIS
Monde entier sauf USA-Canada-Japon	220€	329€	403€
USA-Canada-Japon	315€	468€	579€

## Le paiement de votre cotisation

• **Vous souhaitez régler en une seule fois ?**

Joignez à votre bulletin d'adhésion :

- **un chèque**, à l'ordre de MOBILITY SAINT HONORE – ASFE ou
- **l'autorisation de débit de carte bancaire complétée et signée** (feuillelet disponible en dernière page de cette brochure) correspondant au montant total de votre cotisation pour la durée souscrite

• **Vous souhaitez régler chaque trimestre ?**

Joignez à votre bulletin d'adhésion :

- **l'autorisation de prélèvement automatique complétée et signée sur un compte en France uniquement** (feuillelet disponible en dernière page de cette brochure)



## MERCI D'ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES

Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

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

Pays d'expatriation (plusieurs pays peuvent être indiqués) : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

Adresse : .....

Durée d'adhésion :  6 mois  9 mois  12 mois

**Date d'effet souhaité de l'adhésion :** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

(sous réserve d'acceptation de votre dossier)

Règlement\*  
(voir page 11)

- chèque  
 autorisation de débit carte bancaire  
 prélèvement automatique trimestriel  
(sur un compte en France uniquement)

**\* Aucun remboursement ne sera accordé en cas de retour anticipé**

### Voire clause bénéficiaire en cas de décès (prévoyance)

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) : .....

- Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales valant notice d'information, ainsi que la note d'information de l'ASFE, et les accepter.
- Les informations recueillies font l'objet de traitements destinés à la passation, la promotion, la gestion et l'exécution des contrats proposés par notre groupe, ainsi que le respect de nos obligations légales. Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : MSH - ASFE - Direction juridique - 18 rue de Courcelles 75384 Paris Cedex 08.

Fait à .....

Le : \_\_/\_\_/\_\_\_\_



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



# QUESTIONNAIRE MÉDICAL

I1140

## MERCI D'ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES

Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : \_\_/\_\_/----

**En cas de réponse(s) positive(s)** à l'une des questions ci-dessous, **merci d'apporter toutes les précisions utiles** (date, motif, suites ou séquelles, nature du traitement, durée...) sur la feuille complémentaire ci-contre datée et signée. Pour des raisons de confidentialité, merci de la **joindre à votre envoi dans une enveloppe fermée à l'attention du «Médecin Conseil»**.

▶ **Avez-vous été hospitalisé ou avez-vous subi une intervention chirurgicale au cours des 10 dernières années?**  Oui  Non

.....

▶ **Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale (traitement, soins médicaux, médicaments)?**  Oui  Non

.....

▶ **Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie, d'une affection ou d'un accident ayant entraîné une surveillance médicale de plus de 30 jours?**  Oui  Non

.....

▶ **Avez-vous subi des tests biologiques et/ou sérologiques dont les résultats ont été anormaux?**  Oui  Non

.....

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions de ce formulaire, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les Assureurs de l'Association (étant entendu que les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances prescrivent la nullité de l'assurance et la réduction des garanties s'il est fait la preuve d'une fausse déclaration).

Fait à .....

Le : \_\_/\_\_/----



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



# INFORMATIONS MÉDICALES COMPLÉMENTAIRES

## MERCI D'ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES

Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : \_\_/\_\_/----

Veuillez nous apporter quelques précisions complémentaires en cas de réponse(s) positive(s) à l'une des questions du questionnaire médical (date, motif, suites ou séquelles, nature et durée du traitement...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à .....

Le : \_\_/\_\_/----

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



# Les questions que vous vous posez encore :

## ▶ JUNIOR'EXPAT est une assurance complète ou complémentaire ?

C'est bien une **assurance complète**, qui intervient **dès le 1<sup>er</sup> euro et sans franchise, à 100% des frais réels** en cas d'hospitalisation et de frais de santé inopinés (voir définition page 5).

## ▶ Devrai-je faire l'avance des frais ?

Non, **en cas d'hospitalisation ou de soins supérieurs à 400€**, nous effectuons une prise en charge directe auprès de l'hôpital ou l'établissement **vous évitant toute avance de frais**. Pour les soins externes (consultations, pharmacie...), vous faites l'avance des frais, vous nous adressez vos factures et justificatifs pour un remboursement 72h après réception du dossier.

## ▶ Y a-t-il des exclusions par rapport aux sports à risque ?

**Aucune exclusion** dans le cadre de votre couverture santé, dès lors que ces sports à risque restent pratiqués hors d'une fédération sportive, d'un club et que vous ne faites pas de compétitions, de championnats, ou encore de tentatives de record !

## ▶ Serai-je garanti immédiatement, et dois-je m'y prendre à l'avance ?

Oui, une fois votre dossier complet accepté, il n'existe **aucun délai d'attente et votre contrat peut prendre effet dès le lendemain de votre adhésion à réception de votre demande par courrier**, ou bien à une date ultérieure que vous aurez déterminée vous-même à l'adhésion (limitée à 2 mois plus tard, votre questionnaire médical n'ayant une durée de validité que de 2 mois). Nous vous invitons cependant, afin de partir dans de bonnes conditions, **à réaliser votre adhésion 10 à 15 jours avant votre départ** pour être sûr de bien partir avec votre Welcome Package.

## ▶ Recevrai-je des documents une fois mon adhésion réalisée ?

Bien sûr, une fois votre dossier complet accepté, nous vous retournerons un **Welcome Package** incluant : un **certificat d'adhésion** comportant votre **identifiant et mot de passe** vous donnant accès à votre espace assuré sur notre site, une **attestation en anglais** à la demande, votre **carte d'assuré**, véritable sésame pour toute prise en charge hospitalière, l'ensemble des **conditions générales** de votre contrat et un **guide du bénéficiaire** vous indiquant l'ensemble des démarches à suivre pendant votre contrat.

## ▶ Puis-je également souscrire de l'étranger ?

Aucun problème, vous pouvez souscrire, effectuer une demande de prolongation ou de renouvellement au-delà d'une année, où que vous soyez, à l'exception des USA.

## ▶ Que me conseillez-vous avant de partir à l'étranger ?

Pour partir dans de bonnes conditions, il est conseillé de **réaliser un bilan de santé** (mise à jour des vaccins et examen dentaire en priorité) et éventuellement un examen médical avec l'établissement d'**un certificat qui valide la pratique de tous types de sports** (comme la plongée par exemple). Munissez-vous d'une **trousse médicale** avec les principaux produits pharmaceutiques de la vie courante, et vos prescriptions en cours si besoin. Surtout, n'oubliez pas de **communiquer votre numéro de police d'assurance et nos coordonnées à un ami et/ou à votre famille, ainsi que votre adresse et numéro de téléphone sur place**.



**ASFE - Contact commercial**

- 18, rue de Courcelles - 75384 Paris Cedex 8 - France  
Tél. : +33 (0)1 44 20 48 77 - Fax: +33 (0)1 44 20 48 80
- 55, avenue Foch - 69006 Lyon - France  
Tél. : +33 (0)4 72 82 35 26 - Fax: +33 (0)4 78 89 83 13
- [contact@asfe-expat.com](mailto:contact@asfe-expat.com)



## AUTORISATION DE DÉBIT DE CARTE BANCAIRE

J'autorise MOBILITY SAINT HONORE / ASFE à débiter ma carte bancaire **pour le montant total de ma cotisation**.

Nom du titulaire de la carte bancaire : \_\_\_\_\_

Type de carte de crédit:  Visa  Mastercard  Amex

Numéro de la carte:  /  /

Date d'expiration: -- / -- -- Cryptogramme:

*(correspond aux trois derniers chiffres au dos de votre carte bancaire, sauf Amex)*

Le: -- / -- / -- --

Signature de l'adhérent

## AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE (SUR UN COMPTE EN FRANCE UNIQUEMENT)

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les montants des cotisations dues au créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement auprès du créancier. La présente autorisation est valable jusqu'à annulation de ma part en temps voulu au créancier.

N° national d'émetteur : 460359

<b>NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR</b>		<b>NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER</b>	
		MOBILITY SAINT HONORE 18, rue de Courcelles - 75384 Paris Cedex 08	
<b>COMpte À DÉBITER</b>			
Établissement	Guichet	N° de compte	Clé RIB
<b>DATE</b>		<b>SIGNATURE OBLIGATOIRE</b>	