



TRANSAT EXPAT CFE

Activité non salariée à l'étranger

Date de début d'activité à l'étranger :

Activité : artisan commerçant exploitant agricole profession libérale autre (à préciser)

Profession : à titre principal à titre secondaire

Précisez dans ce cas l'activité principale : _____

Choix des garanties

L'adhésion à l'assurance volontaire des expatriés ne dispense pas des cotisations dues aux régimes obligatoires du pays d'expatriation (y compris les pays de l'U.E.).

Adhésion demandée à compter du :

La date d'adhésion souhaitée ne sera retenue que dans la limite de la législation applicable.

CFE	ACM																			
Risques souscrits	Garanties souscrites																			
<input type="checkbox"/> Maladie - Maternité <input type="checkbox"/> Option séjours en France de 3 à 6 mois Revenus bruts de l'année civile précédant l'année de la déclaration Année : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Santé <input type="checkbox"/> Option Confort <input type="checkbox"/> Option Confort Plus <i>Je déclare avoir la qualité d'expatrié depuis moins de 3 mois ou avoir bénéficié de garanties expatrié dans les 30 jours précédents la prise d'effet des garanties.</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non																			
(S'il s'agit de la 1 ^{ère} année d'exercice, une cotisation forfaitaire est appliquée sur la base de la deuxième catégorie de cotisations).	<input type="checkbox"/> Décès et PTIA Montant capital en euros : _____ (entre 15 000 € et 6 600 000 €) Doublement du capital CD/PTIA en cas d'accident : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Montant en devises locales</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Montant en euros</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Revenus professionnels (*) avant toute déduction</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Revenus fonciers</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Revenus mobiliers (actions, placements)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Revenus de toutes natures du conjoint ou concubin (PACS ou non)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL DES REVENUS</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Montant en devises locales	Montant en euros	Revenus professionnels (*) avant toute déduction			Revenus fonciers			Revenus mobiliers (actions, placements)			Revenus de toutes natures du conjoint ou concubin (PACS ou non)			TOTAL DES REVENUS			<input type="checkbox"/> Indemnité journalière (en cas d'arrêt de travail) Montant capital en euros : _____ (entre 15 et 150 €/jour) Durée maximale du versement de l'IJ : 1095 jours Franchise maladie : <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 90 jours	
	Montant en devises locales	Montant en euros																		
Revenus professionnels (*) avant toute déduction																				
Revenus fonciers																				
Revenus mobiliers (actions, placements)																				
Revenus de toutes natures du conjoint ou concubin (PACS ou non)																				
TOTAL DES REVENUS																				
(*) Ce montant est vérifiable dans mes livres comptables. Les justificatifs peuvent être communiqués à tout moment, à la caisse des français de l'étranger, sur sa demande. La CFE pourra à tout moment vous demander la justification de vos revenus (Art.D763-1 du code de la Sécurité sociale).	<input type="checkbox"/> Invalidité Rente maximale annuelle en cas d'invalidité. Montant en euros 365 x l'indemnité journalière.																			
	<input type="checkbox"/> Rente éducation annuelle Montant en euros <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> par enfant de moins de 25 ans (entre 150 et 1 500 €)																			
	Pour souscrire à l'une des offres ci-dessous, veuillez compléter le document joint: "Déclaration d'état de santé" et l'adresser avec votre bulletin d'adhésion.																			

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à informer la CFE et VERSPIEREN de toute modification de ma situation et (ou) de celle de mes bénéficiaires.

Je reconnais avoir été informé que les réponses et informations du présent document :

- m'ouvrent le droit d'accès au fichier ou de rectification auprès de la CFE et de VERSPIEREN prévu par la loi du 06.01.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés,
- peuvent être communiquées à toute personne intervenant à titre professionnel dans la gestion et l'exécution du contrat d'assurance.

Fait à _____ Le _____

Signature de l'assuré(e)

Pièces à joindre :

- une copie du passeport ou de la carte d'identité,
- un relevé d'identité bancaire ou postal, IBAN, ABA, SWIFT CODE d'un établissement bancaire (en euros),
- un certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans,
- une copie du livret de famille ou une attestation de concubinage notaire ou à défaut une attestation sur l'honneur de vie commune,
- un justificatif de votre activité professionnelle,
- un justificatif de votre déclaration de revenus professionnels et personnels.

Questionnaire de santé

Réf.43.31.98 - 07/2010 – Page 1/2

Répondre impérativement à toutes les questions et transmettre le questionnaire daté et signé au Service Médical sous pli confidentiel au moyen de l'enveloppe remise par votre interlocuteur ou à l'adresse : Service Médical Tarification - Assurances de Personnes - 46 rue Jules Méline - 53098 LAVAL CEDEX 09. L'envoi d'un questionnaire de santé incomplet peut entraîner un délai plus long. En cas de réponse(s) positive(s), notre service médical se réserve le droit de solliciter des renseignements complémentaires, par retour de courrier.

Pour accélérer le traitement du dossier, si vous avez répondu "oui" aux questions suivies d'un astérisque, vous pouvez télécharger le(s) questionnaire(s) spécifique(s) sur le site www.cic dans "Rechercher" écrire "questionnaire de santé".

Contrat : Références :
 1. Nom : Prénom : Né(e) le :
 Adresse : Code postal / Ville :
 Profession :

- | | NON | OUI | |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
| 2. a) Etes-vous en affection de longue durée (ALD) prise en charge à 100% par la sécurité sociale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depuis quand ?
Motif(s) ? |
| b) Etes-vous actuellement en arrêt de travail ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depuis quand ?
Motif(s) ? |
| c) Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 3 semaines consécutives ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quand ? durée ?
Motif(s) ? |

d) Taille : cm Poids : kg Tension artérielle : / Traitée []*

3. Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :

- | | | | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------------------|---|
| a) anomalie de la glycémie (taux de sucre, diabète) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> * | Taux glycémie : g/l | HBA 1C : % | |
| b) anomalie du cholestérol et/ou triglycérides ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> * | Taux cholestérol : g/l | Taux triglycérides : g/l | Nom de l'affection Date de début Commentaires |
| c) maladie tumorale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| d) atteinte psychologique ou psychiatrique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> * | | | |
| e) infarctus du myocarde ou angine de poitrine ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| f) maladie de l'appareil respiratoire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> * | | | |
| g) syndrome de l'apnée du sommeil (S.A.O.S) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| h) maladie de l'appareil digestif ou des parois de l'abdomen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> * | | | |
| i) maladie des os ou des articulations ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| j) maladie infectieuse ou parasitaire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| k) infection sexuellement transmissible ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| l) HIV ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| m) sérologie positive pour l'hépatite C ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> * | | | |
| n) sérologie positive pour l'hépatite B ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> * | | | |
| o) maladie du sang ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| p) maladie du système nerveux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| q) maladie des muscles ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| r) maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| s) maladie des yeux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| t) maladie de l'appareil cardiovasculaire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| u) maladie de l'appareil urinaire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| v) maladie de l'appareil génital ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| w) maladie de la peau ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> * | | | |
| x) maladie du dos ou des hanches ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| y) infirmité, affection congénitale ou acquise, amputation ou anomalie connue ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

4. a) Avez-vous été hospitalisé et/ou subi une intervention chirurgicale en :

- | | | | Date : | Pourquoi ? |
|--|--------------------------|----------------------------|--------|------------|
| . service de médecine ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| . service de cardiologie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| . service de pneumologie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| . service de neurologie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| . service d'endocrinologie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> * | | |
| . service de rhumatologie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| . service de rééducation fonctionnelle ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| . service de gynécologie, obstétrique, maternité ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| . service de cancérologie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| . service de psychiatrie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| . service de chirurgie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| . autres ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

b) Avez-vous eu une ou plusieurs transfusions sanguines ?

- | | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|--|--|
| c) Avez-vous bénéficié d'un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, substances radioactives, hormonothérapie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| d) Avez-vous été accidenté ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> * | | |

En cas de traumatisme crânien, indiquer s'il y a eu coma et sa durée :

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 5 Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi un traitement prescrit médicalement ou avez-vous reçu des soins prescrits médicalement pendant plus de 3 semaines consécutives ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quand ? Pourquoi ? |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 6. Etes-vous concerné par l'aide à la procréation ? (présent, passé et futur) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nombre de tentatives ? Dates : |
|---|--------------------------|--------------------------|--|

	NON	OUI	Quand ?	Résultat ?
7. a) Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années un(e) :				
. électrocardiogramme ?	[]	[]
. radiographie ?	[]	[]
. analyse du sang ?	[]	[]
. test de dépistage pour le HIV ?	[]	[]
. test de dépistage de l'hépatite C ?	[]	[]
. bilan de stérilité ?	[]	[]
. densitométrie osseuse ?	[]	[]
. lithotritie extra corporelle (calculs rénaux)?	[]	[]
b) Avez-vous été soumis à d'autres investigations ?	[]	[]
. électroencéphalogramme ?	[]	[]
. scanner ?	[]	[]
. PET scan ?	[]	[]
. IRM ?	[]	[]
. scintigraphie ?	[]	[]
. artériographie ?	[]	[]
. doppler ?	[]	[]
. échographie ?	[]	[]
. arthroscopie ?	[]	[]
. endoscopie digestive ou bronchique ?	[]	[]
. polysomnographie ou polygraphie ventilatoire ?	[]	[]
. électromyogramme (EMG) ?	[]	[]
. biopsie ?	[]	[]
. pose de Stent ?	[]	[]
c) Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?	[]	[]	Quand ?	Motif(s) ?
8. a) Suivez-vous un traitement prescrit médicalement ?	[]	[]	Depuis quand ?	Nom des médicaments ?
				Motif(s) ?
b) Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement pour les allergies ?	[]	[]*	Pourquoi ?	Quand ?
c) Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement de désensibilisation ?	[]	[]	Pourquoi ?	Quand ?
d) Bénéficiez-vous de soins prescrits médicalement ?	[]	[]	Depuis quand ?	Nature des soins ?
e) Suivez-vous ou avez-vous suivi des séances de rééducation ? (kinésithérapie, orthophonie, orthoptie, psychomotricité)	[]	[]	Pourquoi ?	Quand ?
f) Bénéficiez-vous d'un suivi psychologique ou psychiatrique ?	[]	[]*	Pourquoi ?	Fréquence mensuelle ?
9. a) Une hospitalisation ou une intervention chirurgicale est-elle prévue ?	[]	[]*	Date ?	Motif(s) ?
b) Des séances de rééducation sont elles prévues ? (Kinésithérapie, orthophonie, orthoptie, psychomotricité)	[]	[]
c) Devez-vous suivre une cure ?	[]	[]
10. Pour les femmes :				
a) Grossesses antérieures avec complications ?	[]	[]	Nature des complications :	
b) Etes-vous enceinte ?	[]	[]	De combien de mois ?	
Complications ?	[]	[]	Nature des complications :	
c) Avez-vous effectué une mammographie ?	[]	[]	Date :	Résultats :
				Précisez la classification ACR :
11.a) Sports pratiqués :				
b) Consommation quotidienne de boissons alcoolisées :	[]	[]	Nbre de verres par repas : ...	En dehors des repas : ...
c) Tabagisme actif ?	[]	[]	Année de début ?	Unités par jour ?
d) Sevrage tabagique ?	[]	[]	Lesquels ?	
e) Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants ? (drogues)	[]	[]*	Jusqu'à quand ?	Depuis quand ?
f) Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement de substitution ?	[]	[]	Noms des médicaments :	
12. Avez-vous déjà fait l'objet d'un refus ou ajournement lors de l'adhésion à un contrat d'assurance comportant des formalités médicales ?	[]	[]	Si oui, quand ?	Motif(s) ?

Je certifie que les réponses consignées ci-dessus sont complètes et sincères et que je n'ai rien dissimulé. Conformément à l'article L113.8 du Code des Assurances, toute fausse déclaration intentionnelle de ma part entraînerait la nullité de l'assurance.

Fait à : le : Signature de l'adhérent :

Pour accélérer le traitement de votre dossier, lorsqu'une opération est déclarée, nous vous invitons à joindre immédiatement le compte-rendu opératoire, le compte-rendu histologique ou anatomo-pathologique éventuel et les résultats des derniers contrôles à demander à votre médecin traitant. Ces documents ne sont pas nécessaires dans le cas d'une opération pour appendicite, amygdales, végétation, hernies ombilicale, inguinale ou discale. Toutefois dans le cas de hernies, il y a lieu de préciser sur le questionnaire de santé ou le rapport médical lui-même le type de hernie et la date de l'intervention.