



Assurances & Prévoyance

NAVIGATOR
Insurance Brokers Ltd.

Unit 8E, Golden Sun Centre, 223 Wing Lok St, Sheung Wan, Hong Kong
Tel : +852 2530 2530 | Fax : +852 2530 2535
Email : crew@navigator-insurance.com | www.navigator-insurance.com



EXPAT UNO

Cotisations 2015

Bulletin d'adhésion

SALARIE - TNS

SOMMAIRE

COTISATIONS TRIMESTRIELLES 2015 - ZONE A.....	3
COTISATIONS TRIMESTRIELLES 2015 - ZONE B.....	4
COTISATIONS TRIMESTRIELLES 2015 - ZONE C.....	5
BULLETIN D'ADHESION.....	5
PIECES A JOINDRE	6
DECLARATION DE SANTE	6

I COTISATIONS TRIMESTRIELLES 2015 - ZONE A

Monde entier à l'exclusion des pays relevant de la zone B et C.

Célibataire/Couple*					Famille *				
Age	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Age	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4
0 à 20	123,13 €	247,88 €	448,04 €	478,21 €	-	-	-	-	-
21	123,40 €	248,33 €	451,01 €	481,28 €	21	333,08 €	670,44 €	1 073,59 €	1 180,57 €
22	123,60 €	248,77 €	454,04 €	484,36 €	22	333,71 €	671,64 €	1 078,13 €	1 182,49 €
23	123,83 €	249,19 €	457,01 €	487,35 €	23	334,35 €	672,87 €	1 082,62 €	1 184,36 €
24	124,07 €	249,65 €	460,06 €	490,42 €	24	334,91 €	674,07 €	1 087,19 €	1 186,27 €
25	124,29 €	250,10 €	463,09 €	493,51 €	25	335,52 €	675,30 €	1 091,72 €	1 188,17 €
26	124,45 €	250,51 €	466,13 €	496,68 €	26	336,15 €	676,50 €	1 096,35 €	1 190,10 €
27	124,73 €	251,05 €	469,16 €	499,80 €	27	336,72 €	677,73 €	1 100,97 €	1 192,02 €
28	124,95 €	251,47 €	472,32 €	502,94 €	28	337,34 €	678,96 €	1 105,54 €	1 193,98 €
29	125,18 €	251,96 €	475,46 €	506,09 €	29	337,96 €	680,21 €	1 110,20 €	1 195,90 €
30	125,42 €	252,33 €	478,58 €	509,28 €	30	338,57 €	681,41 €	1 114,87 €	1 197,82 €
31	131,78 €	265,28 €	498,62 €	530,89 €	31	355,01 €	714,45 €	1 164,74 €	1 251,64 €
32	138,58 €	278,88 €	519,41 €	553,46 €	32	372,19 €	749,01 €	1 216,75 €	1 307,95 €
33	145,66 €	293,18 €	541,21 €	576,92 €	33	390,23 €	785,28 €	1 271,11 €	1 366,78 €
34	153,12 €	308,12 €	563,86 €	601,42 €	34	409,11 €	823,38 €	1 327,95 €	1 428,19 €
35	160,99 €	323,97 €	587,44 €	626,88 €	35	428,91 €	863,24 €	1 387,29 €	1 492,42 €
36	169,20 €	340,50 €	612,00 €	653,48 €	36	449,67 €	905,04 €	1 449,32 €	1 559,55 €
37	177,86 €	357,97 €	637,59 €	681,19 €	37	471,53 €	948,98 €	1 514,08 €	1 629,60 €
38	186,97 €	376,32 €	664,29 €	710,08 €	38	494,33 €	994,90 €	1 581,83 €	1 702,87 €
39	196,58 €	395,60 €	692,10 €	740,29 €	39	518,32 €	1 043,09 €	1 652,47 €	1 779,46 €
40	206,62 €	415,88 €	721,05 €	771,68 €	40	543,42 €	1 093,70 €	1 726,26 €	1 859,48 €
41	213,45 €	429,60 €	741,80 €	794,19 €	41	557,40 €	1 121,89 €	1 768,45 €	1 905,00 €
42	220,52 €	443,84 €	763,33 €	817,31 €	42	571,82 €	1 150,89 €	1 811,67 €	1 951,73 €
43	227,81 €	458,53 €	785,28 €	841,17 €	43	586,58 €	1 180,57 €	1 855,85 €	1 999,54 €
44	235,33 €	473,71 €	808,01 €	865,68 €	44	601,73 €	1 211,06 €	1 901,19 €	2 048,59 €
45	243,15 €	489,38 €	831,31 €	890,93 €	45	617,26 €	1 242,29 €	1 947,56 €	2 098,78 €
46	251,23 €	505,64 €	855,40 €	916,92 €	46	633,20 €	1 274,40 €	1 995,15 €	2 150,25 €
47	259,53 €	522,35 €	880,13 €	943,68 €	47	649,53 €	1 307,27 €	2 043,81 €	2 203,01 €
48	268,09 €	539,64 €	905,47 €	971,18 €	48	666,33 €	1 341,04 €	2 093,74 €	2 257,04 €
49	276,98 €	557,54 €	931,58 €	999,50 €	49	683,53 €	1 375,65 €	2 144,88 €	2 312,32 €
50	286,23 €	576,02 €	958,53 €	1 028,65 €	50	701,12 €	1 411,21 €	2 197,28 €	2 369,01 €
51	295,47 €	594,61 €	986,58 €	1 059,01 €	51	717,42 €	1 443,83 €	2 245,90 €	2 421,71 €
52	305,04 €	613,87 €	1 015,46 €	1 090,18 €	52	734,03 €	1 477,29 €	2 295,69 €	2 475,54 €
53	314,89 €	633,76 €	1 045,22 €	1 122,36 €	53	751,00 €	1 511,53 €	2 346,59 €	2 530,58 €
54	325,13 €	654,30 €	1 075,79 €	1 155,42 €	54	768,45 €	1 546,58 €	2 398,61 €	2 586,90 €
55	335,62 €	675,45 €	1 107,28 €	1 189,54 €	55	786,22 €	1 582,39 €	2 451,68 €	2 644,43 €
56	346,50 €	697,35 €	1 139,67 €	1 224,59 €	56	804,45 €	1 619,01 €	2 506,14 €	2 703,20 €
57	357,68 €	719,88 €	1 173,04 €	1 260,68 €	57	823,06 €	1 656,50 €	2 561,65 €	2 763,30 €
58	369,27 €	743,24 €	1 207,38 €	1 297,81 €	58	842,21 €	1 694,89 €	2 618,44 €	2 824,79 €
59	381,23 €	767,28 €	1 242,74 €	1 336,13 €	59	861,68 €	1 734,16 €	2 676,51 €	2 887,57 €
60	393,62 €	792,09 €	1 279,09 €	1 375,50 €	60	881,60 €	1 774,28 €	2 735,82 €	2 951,83 €
61	418,40 €	841,99 €	1 353,79 €	1 456,35 €	61	927,75 €	1 867,28 €	2 874,08 €	3 101,46 €
62	444,73 €	895,11 €	1 432,88 €	1 541,81 €	62	976,36 €	1 965,03 €	3 019,45 €	3 258,66 €
63	472,76 €	951,53 €	1 516,56 €	1 632,42 €	63	1 027,54 €	2 067,97 €	3 172,07 €	3 423,87 €
64	502,58 €	1 011,45 €	1 605,24 €	1 728,34 €	64	1 081,37 €	2 176,27 €	3 332,47 €	3 597,43 €
65	534,23 €	1 075,22 €	1 699,01 €	1 829,86 €	65	1 137,96 €	2 290,24 €	3 500,97 €	3 779,80 €
66	569,10 €	1 145,39 €	1 803,70 €	1 943,14 €					
67	606,17 €	1 220,02 €	1 914,89 €	2 063,37 €					
68	645,71 €	1 299,53 €	2 032,89 €	2 191,12 €					
69	687,80 €	1 384,33 €	2 158,21 €	2 326,71 €					

* Tarif par personne jusqu'à l'inscription de deux personnes.

Exemple : Une femme de 26 ans qui souscrit un contrat Expat Uno Niveau 1 pour elle et son conjoint de 30 ans aura une cotisation de 249,87 € par trimestre pendant une année (124,45 € + 125,42 €).

* A partir de trois personnes. La cotisation valable pour l'ensemble de la famille se calcule en fonction de l'âge du souscripteur du contrat.

Exemple : Un père de 35 ans qui souscrit un contrat Expat Uno Niveau 2 pour lui, sa femme et leur enfant de 4 ans aura une cotisation de 863,24 € par trimestre pendant une année.

COTISATIONS TRIMESTRIELLES 2015 - ZONE B

Arabie Saoudite, Australie, Bahreïn, Biélorussie, Bosnie, Brésil, Chine, Émirats Arabes Unis, Espagne, Grande Bretagne, Hong-Kong, Irlande, Israël, Italie, Liban, Monaco, Nouvelle Calédonie, Nouvelle Zélande, Portugal, Qatar, Russie, Singapour, Suisse et Taïwan.

Célibataire/Couple*					Famille *				
Age	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Age	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4
0 à 20	180,27 €	362,76 €	620,00 €	688,40 €	-	-	-	-	-
21	180,57 €	363,41 €	623,28 €	689,48 €	21	487,62 €	981,33 €	1 526,63 €	1 682,11 €
22	180,94 €	364,08 €	626,63 €	690,53 €	22	488,50 €	983,06 €	1 533,04 €	1 684,83 €
23	181,19 €	364,78 €	630,01 €	691,58 €	23	489,35 €	984,86 €	1 539,46 €	1 687,58 €
24	181,57 €	365,41 €	633,40 €	692,63 €	24	490,24 €	986,61 €	1 545,91 €	1 690,29 €
25	181,87 €	366,08 €	636,80 €	693,63 €	25	491,08 €	988,39 €	1 552,39 €	1 693,02 €
26	182,24 €	366,73 €	640,16 €	694,73 €	26	491,95 €	990,16 €	1 558,97 €	1 695,77 €
27	182,53 €	367,38 €	643,58 €	695,80 €	27	492,86 €	991,96 €	1 565,47 €	1 698,49 €
28	182,87 €	368,00 €	647,06 €	696,82 €	28	493,73 €	993,71 €	1 572,10 €	1 701,25 €
29	183,19 €	368,66 €	650,51 €	697,90 €	29	494,59 €	995,51 €	1 578,71 €	1 704,00 €
30	183,49 €	369,34 €	654,04 €	698,95 €	30	495,53 €	997,29 €	1 585,28 €	1 706,66 €
31	192,86 €	388,29 €	683,00 €	730,30 €	31	519,54 €	1 045,65 €	1 657,88 €	1 785,15 €
32	202,80 €	408,19 €	713,24 €	762,90 €	32	544,65 €	1 096,33 €	1 733,76 €	1 867,26 €
33	213,18 €	429,09 €	744,79 €	797,12 €	33	571,11 €	1 149,42 €	1 813,09 €	1 953,09 €
34	224,14 €	451,09 €	777,83 €	832,73 €	34	598,76 €	1 205,09 €	1 896,04 €	2 042,88 €
35	235,62 €	474,17 €	812,30 €	870,04 €	35	627,78 €	1 263,53 €	1 982,95 €	2 136,73 €
36	247,64 €	498,41 €	848,29 €	908,96 €	36	658,19 €	1 324,73 €	2 073,62 €	2 234,96 €
37	260,34 €	523,94 €	885,86 €	949,62 €	37	690,10 €	1 388,91 €	2 168,59 €	2 337,68 €
38	273,65 €	550,83 €	925,09 €	992,12 €	38	723,56 €	1 456,20 €	2 267,85 €	2 445,14 €
39	287,70 €	579,05 €	966,08 €	1 036,58 €	39	758,60 €	1 526,76 €	2 371,66 €	2 557,53 €
40	302,41 €	608,62 €	1 008,84 €	1 082,97 €	40	795,34 €	1 600,70 €	2 480,23 €	2 675,15 €
41	312,44 €	628,73 €	1 039,21 €	1 115,73 €	41	815,93 €	1 642,07 €	2 541,80 €	2 741,70 €
42	322,77 €	649,61 €	1 070,36 €	1 149,54 €	42	836,98 €	1 684,49 €	2 604,90 €	2 810,01 €
43	333,44 €	671,12 €	1 102,58 €	1 184,32 €	43	858,56 €	1 727,96 €	2 669,55 €	2 880,00 €
44	344,53 €	693,38 €	1 135,68 €	1 220,18 €	44	880,69 €	1 772,51 €	2 735,85 €	2 951,66 €
45	355,91 €	716,31 €	1 169,83 €	1 257,06 €	45	903,45 €	1 818,31 €	2 803,72 €	3 025,10 €
46	367,71 €	740,02 €	1 204,99 €	1 295,07 €	46	926,81 €	1 865,19 €	2 873,40 €	3 100,40 €
47	379,95 €	764,53 €	1 241,18 €	1 334,29 €	47	950,66 €	1 913,37 €	2 944,65 €	3 177,64 €
48	392,44 €	789,81 €	1 278,56 €	1 374,68 €	48	975,23 €	1 962,76 €	3 017,78 €	3 256,71 €
49	405,45 €	816,00 €	1 316,93 €	1 416,30 €	49	1 000,39 €	2 013,40 €	3 092,68 €	3 337,80 €
50	418,82 €	842,98 €	1 356,47 €	1 459,13 €	50	1 026,19 €	2 065,44 €	3 169,45 €	3 420,92 €
51	432,49 €	870,34 €	1 397,44 €	1 503,35 €	51	1 050,07 €	2 113,27 €	3 240,63 €	3 497,84 €
52	446,46 €	898,51 €	1 439,52 €	1 548,91 €	52	1 074,32 €	2 162,24 €	3 313,41 €	3 576,65 €
53	460,87 €	927,61 €	1 482,94 €	1 595,83 €	53	1 099,28 €	2 212,31 €	3 387,86 €	3 657,18 €
54	475,80 €	957,63 €	1 527,58 €	1 644,17 €	54	1 124,71 €	2 263,57 €	3 463,89 €	3 739,51 €
55	491,25 €	988,64 €	1 573,69 €	1 694,02 €	55	1 150,73 €	2 315,96 €	3 541,77 €	3 823,72 €
56	507,10 €	1 020,59 €	1 621,17 €	1 745,39 €	56	1 177,43 €	2 369,69 €	3 621,30 €	3 909,77 €
57	523,57 €	1 053,71 €	1 669,99 €	1 798,23 €	57	1 204,69 €	2 424,53 €	3 702,60 €	3 997,81 €
58	540,50 €	1 087,80 €	1 720,36 €	1 852,80 €	58	1 232,63 €	2 480,73 €	3 785,75 €	4 087,80 €
59	557,98 €	1 123,01 €	1 772,18 €	1 908,95 €	59	1 261,13 €	2 538,21 €	3 870,79 €	4 179,82 €
60	576,03 €	1 159,41 €	1 825,62 €	1 966,73 €	60	1 290,37 €	2 596,95 €	3 957,78 €	4 273,91 €
61	612,40 €	1 232,45 €	1 934,73 €	2 084,74 €	61	1 357,94 €	2 733,00 €	4 160,02 €	4 492,69 €
62	650,96 €	1 310,11 €	2 050,30 €	2 209,83 €	62	1 429,05 €	2 876,10 €	4 372,59 €	4 722,69 €
63	691,95 €	1 392,69 €	2 172,80 €	2 342,38 €	63	1 503,94 €	3 026,78 €	4 596,00 €	4 964,43 €
64	735,56 €	1 480,46 €	2 302,64 €	2 482,87 €	64	1 582,68 €	3 185,24 €	4 830,88 €	5 218,63 €
65	781,96 €	1 573,80 €	2 440,24 €	2 631,79 €	65	1 665,56 €	3 352,05 €	5 077,67 €	5 485,83 €
66	832,95 €	1 676,49 €	2 593,22 €	2 797,27 €					
67	887,22 €	1 785,65 €	2 755,70 €	2 973,10 €					
68	945,08 €	1 902,15 €	2 928,47 €	3 160,00 €					
69	1 006,73 €	2 026,14 €	3 112,03 €	3 358,70 €					

* Tarif par personne jusqu'à l'inscription de deux personnes.

Exemple : Une femme de 26 ans qui souscrit un contrat Expat Uno Niveau 1 pour elle et son conjoint de 30 ans aura une cotisation de 365,73 € par trimestre pendant une année (182,24 € + 183,49 €).

* A partir de trois personnes. La cotisation valable pour l'ensemble de la famille se calcule en fonction de l'âge du souscripteur du contrat.

Exemple : Un père de 35 ans qui souscrit un contrat Expat Uno Niveau 2 pour lui, sa femme et leur enfant de 4 ans aura une cotisation de 1263,53 € par trimestre pendant une année.

III

COTISATIONS TRIMESTRIELLES 2015 - ZONE C

Canada, États-Unis et Japon.

Célibataire/Couple*					Famille *				
Age	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Age	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4
0 à 20	277,08 €	557,74 €	907,59 €	999,38 €	-	-	-	-	-
21	277,61 €	558,68 €	911,38 €	1 000,95 €	21	749,55 €	1 508,51 €	2 290,09 €	2 527,75 €
22	278,10 €	559,76 €	915,25 €	1 002,53 €	22	750,88 €	1 511,23 €	2 299,69 €	2 531,86 €
23	278,59 €	560,71 €	919,12 €	1 004,13 €	23	752,28 €	1 513,91 €	2 309,40 €	2 535,98 €
24	279,15 €	561,74 €	922,91 €	1 005,76 €	24	753,56 €	1 516,65 €	2 319,05 €	2 540,02 €
25	279,68 €	562,69 €	926,81 €	1 007,41 €	25	754,95 €	1 519,39 €	2 328,71 €	2 544,14 €
26	280,09 €	563,76 €	930,72 €	1 009,03 €	26	756,36 €	1 522,14 €	2 338,55 €	2 548,20 €
27	280,63 €	564,79 €	934,60 €	1 010,62 €	27	757,65 €	1 524,86 €	2 348,37 €	2 552,34 €
28	281,11 €	565,74 €	938,51 €	1 012,23 €	28	759,03 €	1 527,64 €	2 358,22 €	2 556,41 €
29	281,66 €	566,80 €	942,49 €	1 013,94 €	29	760,39 €	1 530,39 €	2 368,12 €	2 560,59 €
30	282,13 €	567,90 €	946,44 €	1 015,56 €	30	761,78 €	1 533,18 €	2 378,13 €	2 564,66 €
31	296,55 €	596,92 €	990,53 €	1 063,16 €	31	798,67 €	1 607,39 €	2 489,19 €	2 684,85 €
32	311,73 €	627,45 €	1 036,61 €	1 113,00 €	32	837,39 €	1 685,26 €	2 605,40 €	2 810,57 €
33	327,79 €	659,63 €	1 084,88 €	1 165,20 €	33	877,91 €	1 766,90 €	2 727,13 €	2 942,20 €
34	344,51 €	693,40 €	1 135,46 €	1 219,87 €	34	920,48 €	1 852,58 €	2 854,46 €	3 080,06 €
35	362,15 €	728,84 €	1 188,29 €	1 277,05 €	35	965,09 €	1 942,31 €	2 987,76 €	3 224,33 €
36	380,72 €	766,20 €	1 243,65 €	1 336,91 €	36	1 011,85 €	2 036,43 €	3 127,35 €	3 375,28 €
37	400,25 €	805,45 €	1 301,52 €	1 399,62 €	37	1 060,91 €	2 135,15 €	3 273,48 €	3 533,39 €
38	420,71 €	846,75 €	1 362,15 €	1 465,28 €	38	1 112,33 €	2 238,56 €	3 426,35 €	3 698,85 €
39	442,20 €	890,05 €	1 425,56 €	1 533,98 €	39	1 166,14 €	2 347,05 €	3 586,35 €	3 872,08 €
40	464,93 €	935,64 €	1 491,98 €	1 605,85 €	40	1 222,65 €	2 460,83 €	3 753,84 €	4 053,45 €
41	480,30 €	966,63 €	1 538,38 €	1 656,04 €	41	1 254,26 €	2 524,24 €	3 848,34 €	4 155,63 €
42	496,21 €	998,66 €	1 586,13 €	1 707,71 €	42	1 286,61 €	2 589,46 €	3 945,23 €	4 260,53 €
43	512,62 €	1 031,70 €	1 635,52 €	1 761,08 €	43	1 319,84 €	2 656,29 €	4 044,54 €	4 367,88 €
44	529,62 €	1 065,87 €	1 686,32 €	1 816,07 €	44	1 353,92 €	2 724,89 €	4 146,32 €	4 478,01 €
45	547,13 €	1 101,15 €	1 738,77 €	1 872,79 €	45	1 388,85 €	2 795,21 €	4 250,69 €	4 590,98 €
46	565,21 €	1 137,60 €	1 792,82 €	1 931,32 €	46	1 424,72 €	2 867,41 €	4 357,65 €	4 706,79 €
47	583,95 €	1 175,32 €	1 848,53 €	1 991,66 €	47	1 461,47 €	2 941,39 €	4 467,38 €	4 825,50 €
48	603,34 €	1 214,25 €	1 906,00 €	2 053,80 €	48	1 499,17 €	3 017,28 €	4 579,88 €	4 947,15 €
49	623,27 €	1 254,37 €	1 965,22 €	2 118,00 €	49	1 537,88 €	3 095,19 €	4 695,15 €	5 071,99 €
50	643,93 €	1 295,97 €	2 026,36 €	2 184,10 €	50	1 577,63 €	3 175,14 €	4 813,35 €	5 199,89 €
51	664,73 €	1 337,90 €	2 088,99 €	2 251,89 €	51	1 614,11 €	3 248,64 €	4 922,62 €	5 318,10 €
52	686,25 €	1 381,28 €	2 153,56 €	2 321,78 €	52	1 651,53 €	3 323,93 €	5 034,46 €	5 439,08 €
53	708,53 €	1 425,93 €	2 220,16 €	2 393,78 €	53	1 689,83 €	3 400,95 €	5 148,77 €	5 562,75 €
54	731,45 €	1 472,13 €	2 288,78 €	2 467,99 €	54	1 728,96 €	3 479,70 €	5 265,69 €	5 689,32 €
55	755,18 €	1 519,76 €	2 359,57 €	2 544,60 €	55	1 769,06 €	3 560,26 €	5 385,26 €	5 818,71 €
56	779,54 €	1 568,93 €	2 432,48 €	2 623,49 €	56	1 810,01 €	3 642,75 €	5 507,58 €	5 951,01 €
57	804,79 €	1 619,78 €	2 507,72 €	2 704,87 €	57	1 851,92 €	3 727,14 €	5 632,68 €	6 086,43 €
58	830,85 €	1 672,19 €	2 585,21 €	2 788,83 €	58	1 894,78 €	3 813,48 €	5 760,55 €	6 224,85 €
59	857,74 €	1 726,39 €	2 665,13 €	2 875,34 €	59	1 938,75 €	3 901,89 €	5 891,45 €	6 366,44 €
60	885,53 €	1 782,29 €	2 747,59 €	2 964,53 €	60	1 983,64 €	3 992,24 €	6 025,19 €	6 511,21 €
61	941,36 €	1 894,58 €	2 914,83 €	3 145,50 €	61	2 087,55 €	4 201,32 €	6 335,78 €	6 847,21 €
62	1 000,68 €	2 013,98 €	3 092,32 €	3 337,51 €	62	2 196,82 €	4 421,33 €	6 662,41 €	7 200,72 €
63	1 063,75 €	2 140,92 €	3 280,67 €	3 541,28 €	63	2 311,90 €	4 652,93 €	7 005,90 €	7 572,34 €
64	1 130,79 €	2 275,82 €	3 480,41 €	3 757,48 €	64	2 432,99 €	4 896,64 €	7 367,04 €	7 963,15 €
65	1 202,07 €	2 419,26 €	3 692,37 €	3 986,81 €	65	2 560,37 €	5 153,10 €	7 746,82 €	8 374,15 €
66	1 280,44 €	2 576,97 €	3 927,06 €	4 240,79 €					
67	1 363,98 €	2 745,11 €	4 176,69 €	4 510,84 €					
68	1 452,92 €	2 924,02 €	4 442,22 €	4 798,19 €					
69	1 547,59 €	3 114,68 €	4 724,63 €	5 103,75 €					

* Tarif par personne jusqu'à l'inscription de deux personnes.

Exemple : Une femme de 26 ans qui souscrit un contrat Expat Uno Niveau 1 pour elle et son conjoint de 30 ans aura une cotisation de 562,22 € par trimestre pendant une année (280,09 €+ 282,13 €).

* A partir de trois personnes. La cotisation valable pour l'ensemble de la famille se calcule en fonction de l'âge du souscripteur du contrat.

Exemple : Un père de 35 ans qui souscrit un contrat Expat Uno Niveau 2 pour lui, sa femme et leur enfant de 4 ans aura une cotisation de 1942,31 € par trimestre pendant une année.

BULLETIN D'ADHESION



BULLETIN D'ADHESION EXPAT UNO SALARIE / TNS

VOS COORDONNÉES

NAVIGATOR
Insurance Brokers Ltd.
Unit 6C, Golden Sun Centre, 223 Wing Lok St, Sheung Wan, Hong Kong
Tel : +852 2530 2530 / Fax : +852 2530 2535
Email : crew@navigator-insurance.com | www.navigator-insurance.com

Je soussigné(e) (nom, prénom) _____ déclare résider et travailler hors de mon pays d'origine, être de nationalité française et ne pas être résident aux Etats-Unis.

Date de naissance ____/____/____ Dernière Caisse de Sécurité Sociale.....

N° de Sécurité sociale _____ Date d'expatriation ____/____/____

Pays d'expatriation

(1) Adresse en France

(2) Adresse à l'étranger.....

(3) Adresse de facturation (si différente de celle du souscripteur)

E-mail : Téléphone Portable.....

Fax

- ▶ **Je souhaite recevoir mon kit d'adhésion à l'adresse suivante :** ☐ (1) En France ou ☐ (2) A l'étranger
- ▶ **Je souhaite recevoir mes décomptes de remboursement par :** ☐ e-mail ou par courrier :
☐ (1) En France ☐ (2) A l'étranger
- ▶ **Je souhaite que mes appels de cotisations me soient adressés par :** ☐ e-mail ou par courrier :
☐ (1) En France ☐ (2) A l'étranger ☐ (3) A un tiers

LES PERSONNES À ASSURER

Je désire inscrire les personnes à ma charge mentionnées ci-dessous :

LIEN DE PARENTE	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE
Conjoint à charge	_____	_____	____ ____ ____
Enfant	_____	_____	____ ____ ____
2 ^{ème} enfant	_____	_____	____ ____ ____
3 ^{ème} enfant	_____	_____	____ ____ ____
4 ^{ème} enfant	_____	_____	____ ____ ____

J'ai bien noté que l'adhésion au présent régime sera effective sous réserve :

- ▶ De l'avis favorable du Médecin Conseil de HENNER, cet avis étant donné après examen de la déclaration d'état de santé dûment remplie pour chaque bénéficiaire et jointe sous pli cacheté à l'attention du Médecin Conseil à la présente demande d'adhésion,
- ▶ Du versement d'un acompte équivalent à 6 mois de cotisation par chèque (sauf si le prélèvement automatique ou le paiement par carte bancaire est demandé).

Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès :

☐ Mon conjoint survivant non séparé judiciairement, à défaut par parts égales entre eux, mes enfants vivants ou représentés et les enfants de mon conjoint, à défaut, mon père et ma mère par parts égales ou le survivant d'entre eux, à défaut mes héritiers.

☐ Autre désignation de bénéficiaire(s) : Nom, Prénom, date de naissance et adresse : _____

Je prends acte que les garanties décrites font l'objet de contrats groupes souscrits par La GMC Association :

- ▶ **Contrat d'assurance Frais Médicaux** n° 900.588 souscrit auprès d'AXA France Vie,
- ▶ **Contrat d'assurance Décès, Incapacité, Invalidité** n° 900.278 souscrit auprès d'AXA France Vie,
- ▶ **Contrat d'assurance Responsabilité Civile Lloyds** n°4-044-5-0000 souscrit auprès de XN Financial,
- ▶ **Contrat d'assistance rapatriement** n° 000001689 souscrit auprès de GARANTIE ASSISTANCE.

Je désire que cette adhésion prenne effet le : ____/____/____ (Jour/Mois/Année) et au plus tôt le lendemain de la réception du présent bulletin d'adhésion.

MES GARANTIES

Après avoir pris connaissance des Conditions générales, des garanties et de leurs modalités d'application ainsi que des tarifs correspondants, je demande mon adhésion au régime individuel des expatriés pour les garanties suivantes (cochez les cases correspondantes et reportez les cotisations et les éventuels capitaux souscrits) :

Zone : ☐ A		☐ B		☐ C
Niveau de garanties	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Régime : ☒ 1 ^{er} euro		COTISATIONS		
Nombre d'assurés :				
☐ 1 personne (se référer au tableau célibataire/couple)		 €		
☐ 2 personnes (se référer au tableau célibataire/couple)		 € + € = €		
☐ 3 personnes ou + (se référer au tableau famille)		 €		
☐ Assistance rapatriement sanitaire World Zen		 €		
☐ Garantie Responsabilité Civile				
☐ Option 1 (hors USA/Canada)		 €		
☐ Option 2 (Monde entier)				
☐ Décès/Invalidité Absolue et Définitive (toutes causes)				
Capital choisi :		 €		
☐ Décès accidentel et Infirmité Permanente accidentelle				
Capital choisi :		 €		
☐ Rente Education (Obligation de souscrire Décès et Invalidité Absolue et Définitive)				
☐ Option 1				
☐ Option 2		 €		
☐ Option 3				
☐ Arrêt de travail (Obligation de souscrire Décès et Invalidité Absolue et Définitive)				
☐ Franchise 30 jours				
☐ Franchise 60 jours		 €		
montant des Indemnités Journalières choisi :				
TOTAL COTISATIONS TRIMESTRIELLES		 €		

VOS REMBOURSEMENTS

Indiquez le compte sur lequel vous souhaitez que vos remboursements soient versés (français ou étranger).

Titulaire du compte : _____

Nom et adresse de la banque : _____

Numéro de compte : _____ IBAN (si Europe) : _____

BIC (si hors Europe) : _____

PAIEMENT DES COTISATIONS

Au delà du 1^{er} acompte, je désire que les cotisations appelées d'avance le soient :

☐ Trimestriellement ☐ Semestriellement ☐ Annuellement

☐ **Par prélèvement automatique**

Joindre un RIB et le mandat de prélèvement complété, daté et signé

☐ **Par carte bancaire :**

A réception de votre premier appel de cotisation, connectez-vous à votre espace personnalisé sur www.henner.com afin de renseigner vos coordonnées bancaires.

☐ **Par chèque (6 mois d'acompte)**

☐ **Par virement (6 mois d'acompte) :**

CODE BANQUE	CODE GUICHET	COMPTE	CLE RIB
30003	03620	00320291934	56
SWIFT	SOGEFRPP		
IBAN	FR7630003036200032029193456		

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat SEPA (Single Euro Payments Area ou Espace unique de paiement en euros), vous autorisez HENNER GMC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de HENNER GMC.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

CRÉANCIER :

HENNER GMC 10 rue Henner 75549 PARIS CEDEX 09 FRANCE

Identifiant Créancier SEPA

FR56ZZZ414162

Référence Unique de Mandat

--

LE DEBITEUR (Veuillez compléter les champs suivants en majuscules) :

Nom / Prénom :

Adresse :

.....

Code postal : Ville : Pays :

Coordonnées bancaires du compte à débiter (Merci de joindre un Relevé d'Identité Bancaire) :

IBAN :

BIC :

LE TIERS-DEBITEUR (Si différent du DEBITEUR) :

Nom/Prénom :

Si vous payez la facture d'une autre personne veuillez indiquer ici son nom et prénom.

Si vous payez pour votre propre compte ne pas remplir.

Type de paiement : Récurrent

Fait à : Le : / /

J'accepte d'être informé(e) de mes prélèvements au minimum 5 jours avant l'échéance

Signature :

À retourner à :

HENNER GMC
10 rue Henner
75549 PARIS CEDEX 09
FRANCE

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

NAVIGATOR
Insurance Brokers Ltd.

Unit 8E, Golden Sun Centre, 223 Wing Lok St, Sheung Wan, Hong Kong
Tel : +852 2530 2530 | Fax : +852 2530 2535
Email : crew@navigator-insurance.com | www.navigator-insurance.com

☐ **Mon adresse e-mail pourra être utilisée par HENNER pour me proposer de nouveaux produits ou offres de services si je coche la case ci-contre.**

Je déclare être informé(e) que la gamme EXPAT UNO fait l'objet de contrats groupe souscrits par La Garantie Médicale et Chirurgicale, association Loi 1901, auprès d'AXA France Vie pour les Frais de santé, la Prévoyance et la Responsabilité Civile et de Garantie Assistance pour l'Assistance Rapatriement. Ces sociétés sont régies par le Code des Assurances, HENNER n'ayant aucun lien d'exclusivité avec ces sociétés.

La GMC Association a confié la conception, la présentation et la distribution de la gamme EXPAT à HENNER, société de gestion et de courtage habilitée ORIAS n°07002039. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion. Je reconnais être informé(e) que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par HENNER, les assureurs ou leurs mandataires pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat. La loi 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données me concernant auprès d'HENNER. Ce droit peut être exercé au siège d'HENNER, département des individuels expatriés, 10 rue HENNER, 75459 Paris cedex 09. Je déclare avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'HENNER ou son mandataire peuvent faire l'objet d'enregistrement, dans le cadre de leur programme Qualité et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à HENNER (à l'adresse susmentionnée). Je soussigné(e) certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'ayant rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les assureurs et La Garantie Médicale et Chirurgicale.

J'ai bien noté la faculté légale de rétractation dont je dispose dans un délai de 14 jours à compter de la signature du présent bulletin d'adhésion (article L121-20-12 du Code de la Consommation).

La date effective de l'adhésion sera précisée dans l'attestation d'adhésion adressée par HENNER.

Quelques Précisions...

Votre contrat

- ▶ Vos cotisations sont payables par trimestre, semestre ou pour l'année au terme à échoir (d'avance),
- ▶ Vos cotisations évoluent chaque année à la date anniversaire de votre adhésion en fonction des résultats techniques, de l'évolution du coût de la santé dans le monde et de votre âge et de celui de votre éventuel(le) conjoint(e) en cotisation couple.
- ▶ Votre contrat prend effet à la date mentionnée sur votre bulletin d'adhésion et au plus tôt le lendemain qui suit la réception de votre bulletin d'adhésion pour une durée de 12 mois minimum.
- ▶ Vous êtes couvert dès le premier jour dans la zone souscrite.
La garantie est néanmoins acquise lors de séjour temporaire de moins de 90 jours consécutifs en France de la zone tarifaire choisie, sous réserve que les frais occasionnés relèvent d'un caractère accidentel ou inopiné. Pour un séjour au-delà de 90 jours consécutifs en dehors de la zone tarifaire choisie, l'adhérent doit faire part à HENNER du changement de zone géographique pour l'ajustement de sa cotisation.

- ▶ Des délais d'attente sont appliqués à compter de la date d'adhésion :
 - **les frais liés à la maternité : 10 mois**
 - les actes dentaires, les frais d'optique, les prothèses médicales et l'orthodontie enfant : 6 mois*
 - autres soins sauf en cas d'accident : 3 mois*

*Les délais d'attente de 3 et 6 mois peuvent être supprimés en joignant à votre dossier une attestation d'assurance de niveau équivalent datée du mois précédant votre adhésion, afin de prouver une continuité d'assurance.

Vos garanties santé

- ▶ Toute la famille bénéficie des mêmes garanties santé.

Vos garanties prévoyance

- ▶ Les garanties prévoyance couvrent uniquement le chef de famille, porteur du contrat.
- ▶ Les options **Décès Toutes Causes** et **Décès Accidentel** sont cumulables entre elles.
- ▶ Les options **Arrêt de Travail-Indemnités Journalières** et **Rente Éducation** ne peuvent être souscrites que si l'option **Décès Invalidité Absolue et Définitive (DC/IAD) toutes causes** est choisie.

Vos garanties d'assistance

- ▶ L'Assistance rapatriement sanitaire **WORLD ZEN** bénéficie à l'ensemble des membres de la famille.

Fait à , le

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé")

NAVIGATOR
Insurance Brokers Ltd.

Unit 8E, Golden Sun Centre, 223 Wing Lok St, Sheung Wan, Hong Kong
Tel : +852 2530 2530 | Fax : +852 2530 2535
Email : crew@navigator-insurance.com | www.navigator-insurance.com

Cachet du courtier



RASSEMBLEZ L'ENSEMBLE DES ELEMENTS POUR QUE VOTRE DOSSIER SOIT COMPLET

POUR VOUS :

- ☐ Copie de votre **carte d'identité** ou de votre **passport**,
- ☐ Si vous bénéficiez d'une mutuelle de niveau équivalent le mois précédent votre inscription, copie de **l'attestation de votre mutuelle** précédente afin de supprimer les délais d'attente (excepté pour la maternité),
- ☐ Si vous optez pour le prélèvement automatique : **relevé d'identité bancaire** ou postal du compte français à débiter,
- ☐ Si vous souhaitez percevoir vos remboursements sur un compte étranger : **relevé d'identité bancaire** ou postal du compte étranger à créditer,
- ☐ **Déclaration de santé** dûment complétée pour tous les membres de votre famille et signée, à mettre sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil,
- ☐ Salarié : copie de votre contrat de travail ou attestation de votre employeur,
ou
- ☐ TNS : justificatif d'activité professionnelle,

POUR LES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE :

- ☐ Copie du **livret de famille**
ou
- ☐ Copie de l'**acte de mariage** pour votre conjoint(e)
ou
- ☐ Copie du **passport** ou de la **carte nationale d'identité**, du contrat de **PACS** ou d'une déclaration sur l'honneur de vie commune pour votre concubin(e),
- ☐ **Certificat de scolarité** pour vos enfants âgés de 20 à 28 ans.

Une fois tous ces éléments rassemblés, vous n'avez plus qu'à les envoyer avec le présent bulletin d'adhésion daté et signé à l'adresse suivante :

HENNER
Département Individuels Expatriés
10 rue Henner
75459 Paris Cedex 09
France



EXPAT UNO DECLARATION DE SANTE

Cochez la case correspondante à la réponse choisie. Une colonne par personne

	Assuré	Conjoint	1er Enfant	2 ^{eme} Enfant	3 ^{eme} Enfant	4 ^{eme} Enfant
Email :						
Nom :						
Prénom :						
Date de naissance :						
Sexe :						
Taille :						
Poids :						
Connaissez-vous votre Tension Artérielle ? Si oui, merci de bien vouloir l'indiquer						
Êtes-vous actuellement en arrêt de travail pour raison médicale ?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
Avez-vous interrompu votre activité plus de 15 jours consécutifs pour maladie ou accident au cours des 5 dernières années ?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
Suivez-vous actuellement ou avez-vous suivi au cours des 5 dernières années un traitement médical, un régime, une surveillance particulière ?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
Au cours des 5 dernières années, avez-vous séjourné dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, maison de santé, établissement de cure, service psychiatrique...) ?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
Avez-vous subi ou devez-vous subir une intervention chirurgicale ?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
Êtes-vous atteint d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une maladie chronique ?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions veuillez nous donner les détails supplémentaires concernant l'époque, les suites éventuelles de la maladie ou de l'accident* :						
Je certifie complètes, exactes et sincères les déclarations ci-dessus et m'engage à fournir au Médecin-conseil d'HENNER tous les renseignements médicaux dont il aura besoin. Conformément à l'article L113-8 du Code des Assurances, toute fausse déclaration ou omission entraînerait la nullité de l'assurance						
Fait à _____ le _____						
Signature(s) de l'adhérent et éventuellement du conjoint, précédée(s) de la mention « lu et approuvé ».						

(*) Vous pouvez si vous le souhaitez répondre sur papier libre qui sera joint au présent questionnaire

Retournez ce document au choix :

- ▶ Par courrier sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil avec votre dossier d'adhésion,
- ▶ Par e-mail à : medical.questionnaire@henner.com
- ▶ Par fax au : + 33 (0)1 40 82 43 85

NAVIGATOR
Insurance Brokers Ltd.
Unit 8E, Golden Sun Centre, 223 Wing Lok St, Sheung Wan, Hong Kong
Tel : +852 2530 2530 | Fax : +852 2530 2535
Email : crew@navigator-insurance.com | www.navigator-insurance.com

Votre contact



Unit 8E, Golden Sun Centre, 223 Wing Lok St, Sheung Wan, Hong Kong
Tel : +852 2530 2530 | Fax : +852 2530 2535
Email : crew@navigator-insurance.com | www.navigator-insurance.com



la garantie médicale
et chirurgicale



Assurances & Prévoyance

Henner, SAS de courtage et de gestion d'assurances
Capital de 8 212 500 € - RCS Paris B 323 377 739
Siège social : 10 rue Henner - 75009 Paris.
Immatriculation ORIAS n° 07.002.039 (consultable
sur www.orias.fr). Relevant du contrôle de l'ACPR
(Autorité de Contrôle Prudentiel et de Régulation).
Service réclamations: Département Qualité: 10 rue
Henner 75009 Paris



réinventons / notre métier

AXA France Vie
SA au capital de 487 725 073,50 € - 310 499 959 R.C.S PARIS
Entreprise régie par le code des Assurances
Siège social : 313 Terrasses de l'Arche
92727 NANTERRE Cedex

EXPAT UNO est une offre santé structurée par formules.

Cette offre a été conçue par HENNER qui en assure également la distribution et la gestion. Elle est mutualisée dans le cadre de contrats de groupe souscrits par La GMC (La Garantie Médicale et Chirurgicale), association Loi 1901 appartenant à HENNER, auprès des assureurs indiqués ci-dessus.