

BULLETIN D'ADHÉSION PACK EXPAT'CFE Salarié-non salarié

Nouvelle adhésion Changement de formule (n° d'adhérent :)

SALARIÉ

VOTRE IDENTITÉ

Nom

Nom de naissance

Prénom

Date de naissance

N°de Sécurité sociale ou CFE

Sexe : F M Civilité : Mme M

Nationalité

Situation de famille

Célibataire Concubin(e) Divorcé (e) Marié (e) Pacsé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

VOTRE ACTIVITÉ SALARIÉE À L'ÉTRANGER

Pays d'expatriation Date d'expatriation

Employeur (Dénomination et adresse)

Depuis le Activité de l'entreprise

Etes-vous directeur ou gérant de société : Oui Non

Profession Salaire annuel brut €

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE ADHESION

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Cochez les contrats souscrits et **les garanties choisies.**
- 3- N'oubliez pas de joindre les pièces complémentaires
- 4- Transmettez le tout à :
Moncey
63 rue de Provence
75009 Paris
+33 (0) 1 53 16 42 61

Attention ! Les dossiers incomplets ne pourront pas être traités !

VOS ADRESSES PERSONNELLES

Adresse en France

Code postal Ville

Adresse à l'étranger

Téléphone E-mail @

Mes appels de cotisation seront envoyés : à mon adresse en France à mon adresse à l'étranger
 à l'adresse de mon entreprise mandataire

Mes avis de remboursement Frais de Santé seront envoyés : à mon adresse en France à mon adresse à l'étranger

Vos prestations et, le cas échéant celles des autres bénéficiaires, seront versées sur votre compte. Si vous souhaitez que celles-ci soient perçues sur un autre compte, veuillez l'indiquer et joindre le ou les RIB correspondant(s).

Je prends note que Humanis Assurances va percevoir les remboursements de frais de santé qui me sont dus par la CFE, afin que soit effectué un remboursement unique, comprenant les garanties de base et complémentaires, sur mon compte bancaire.

BÉNÉFICIAIRES À GARANTIR

	Nom	Prénom	Sexe (M ou F)	Date de naissance	N° de Sécurité sociale ou CFE (*)	Situation (**)
Conjoint(e) ou assimilé à charge						
1^{er} enfant						
2^e enfant						
3^e enfant						
4^e enfant						

*A préciser, ou à défaut, date de la demande d'affiliation à l'un de ces régimes.

**Situation : 1 = scolaire, 2 = étudiant, 3 = apprenti, 4 = recherche d'un emploi, 5 = invalide, 6 = autre (préciser).

ATTESTATION DE QUALITÉ D'AYANT DROIT

(à compléter uniquement si vous souscrivez l'assurance Maladie maternité invalidité de la CFE)

Je déclare sur l'honneur que mon (ma) conjoint(e) ou partenaire lié(e) par un PACS ou concubin(e)

est à ma charge totale, effective et permanente depuis le et qu'il (elle)

- n'exerce aucune activité professionnelle
- n'a pas de ressources personnelles
- ne bénéficie d'aucune retraite, pension ou rente.

Je m'engage à porter immédiatement à la connaissance de la Caisse des Français de l'Étranger tout changement survenant dans la situation.

SANTÉ - PRÉVOYANCE

Garanties CFE (régime de base)

NB : l'adhésion à ce contrat ne dispense pas des cotisations dues aux régimes obligatoires du pays d'expatriation (y compris dans l'Espace économique européen).

Date d'effet de l'adhésion souhaitée 01

(Votre contrat prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de votre demande)

MALADIE/MATERNITÉ/INVALIDITÉ

- Option Indemnités journalières, capital Décès Option Séjour en France de 3 à 6 mois

ACCIDENTS DU TRAVAIL/ MALADIES PROFESSIONNELLES

- Base de cotisation choisie € Option Voyages d'expatriation (aller-retour)

CONTRAT FRAIS DE SANTÉ – CONTRAT PRÉVOYANCE

Garanties Humanis Assurances (régime complémentaire)

NB : l'adhésion aux contrats Frais de Santé et Prévoyance ne dispense pas des cotisations dues aux régimes obligatoires du pays d'expatriation (y compris dans l'Espace économique européen).

Date d'effet de l'adhésion au contrat Frais de Santé souhaitée 0 1

Date d'effet de l'adhésion au contrat Prévoyance souhaitée 0 1

Votre adhésion prendra effet à la date indiquée aux Conditions particulières du ou des contrats, au plus tôt le 1^{er} du mois qui suit l'acceptation du dossier par Humanis Assurances ou le cas échéant, le 1^{er} du mois qui suit votre acceptation de la majoration de la/les cotisation(s).

En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur les conditions particulières du ou des contrats fera foi entre Humanis Assurances et vous.

Régime de frais de santé complémentaire antérieur : Oui non

Si oui, nom de l'organisme assureur :

Frais de santé + Assistance- Assurance bagages et option Responsabilité civile

Je souscris le contrat Frais de Santé + Assistance – Assurance bagages :

Formule choisie Santé 1 Santé 2 Santé 3 Santé 4 Santé 5

Zone géographique choisie: Zone A Zone B Zone C

Option RESPONSABILITE CIVILE pour les formules SANTE 1, SANTE 2, SANTE 3
(déjà incluse dans les formules Santé 4 et Santé 5)

Bénéficiaires des garanties Frais de santé + Assistance- Assurances bagages (et Responsabilité civile le cas échéant)

Moi-même Mon (ma) conjoint(e)/partenaire lié(e) par un PACS/ concubin(e) Mon (mes) enfants à charge

Si l'assuré principal a quitté la France depuis plus de 6 mois, un questionnaire de santé devra être dûment complété et signé par chaque Bénéficiaire (y compris les enfants mineurs). Je note que l'adhésion sera effective au plus tôt au 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation de mon dossier par le service médical d'Humanis Assurances.

Prévoyance

Je souscris le contrat Prévoyance :

Pour être prise en charge, cette demande doit être obligatoirement accompagnée du **Questionnaire de santé** dûment complété et signé par l'assuré principal. Lorsque vous souscrivez aux contrats santé et prévoyance concomitamment, un seul questionnaire de santé doit être rempli au moment de la demande d'adhésion aux contrats. Je note que l'adhésion sera effective au plus tôt au 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation de mon dossier par le service médical d'Humanis Assurances.

DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Niveau de capital choisi : €

(à souscrire par tranche de 30 000 €- entre le capital minimum 60 000 € et le capital maximum 1 500 000 €)

Option DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE PAR ACCIDENT

ARRÊT DE TRAVAIL

Les garanties ci-dessous ne peuvent être souscrites seules. Elles sont indissociables de la garantie Décès.

Incapacité temporaire et Invalidité permanente :

Salaire annuel brut : € limité à 8 fois le plafond de la Sécurité sociale française

Formule choisie Indispensable IT/IP1 Complète IT/IP2 Maximale IT/IP3

Franchise 30 jours 60 jours 90 jours

OU

INVALIDITÉ PERMANENTE SEULE

Formule choisie IP1 IP2 IP3

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS (DÉSIGNATION CONTRACTUELLE)

Au moment ou au cours de votre adhésion, vous pouvez désigner toute autre personne ou fixer un ordre d'attribution et de partage du capital différent, grâce à un formulaire particulier à demander auprès de notre organisme. Les coordonnées du ou des bénéficiaires nommément désignés peuvent y être portées afin de permettre à notre organisme de les contacter en cas de décès. La désignation du ou des bénéficiaires peut également être effectuée par acte sous signature privée ou par acte authentique.

La désignation peut être revue à tout moment, notamment si celle-ci n'est plus appropriée (changement de situation familiale, naissance...) sauf si le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) a (ont) accepté par écrit de percevoir le capital avec votre accord. L'acceptation d'un bénéficiaire interdit au souscripteur de révoquer la désignation de celui-ci et/ou de modifier le montant du capital qui lui est attribué sauf accord de ce dernier.

Je déclare attribuer le capital garanti en cas de décès (cocher l'une des 2 options)

Désignation contractuelle:

- à mon conjoint (e) survivant (e), ni divorcé (e), ni séparé (e) de corps judiciairement ou à mon partenaire lié (e) par un PACS ou à mon (ma) concubin (e) ;
- à défaut, par parts égales entre eux, à mes enfants reconnus, adoptés, nés ou à naître, vivants ou représentés, à ma charge ou non ;
- à défaut par parts égales entre eux, à mon père et à ma mère biologiques ou adoptifs ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut à mes héritiers, en proportion de leurs parts héréditaires et indépendamment de toute renonciation à la succession.

Désignation personnalisée : je complète le formulaire communiqué par Humanis Assurances dédié à cet effet.

VOS ENGAGEMENTS

-Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales du contrat Frais de Santé référencées « CG / HA / PACK EXPAT CFE S-NS / FS / 11.16 » et du contrat de Prévoyance « CG / HA / PACK EXPAT CFE S-NS / PREV / 11.16 » et notamment de mon droit à renonciation au contrat si j'ai souscrit à distance.

Je demande l'exécution de mon contrat Frais de Santé à la date d'effet indiquée aux conditions particulières et non pas au terme du délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus: Oui Non

Je demande l'exécution de mon contrat Prévoyance à la date d'effet indiquée aux conditions particulières et non pas au terme du délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus : Oui Non

-Je reconnais avoir été informé(e) que l'adhésion au(x) contrat(s) ne dispense pas de cotiser aux régimes obligatoires du pays d'expatriation le cas échéant.

-J'atteste l'exactitude des renseignements portés sur ce document et m'engage à informer la CFE et Humanis Assurances dans les 15 jours suivants la date à laquelle j'ai eu connaissance de toute modification affectant une donnée figurant au présent document ou de tout changement intervenant dans ma situation (interruption de mon activité salariée, changement de pays ou d'employeur, déménagement, nouvelles coordonnées bancaires, décès...).

-Par ma signature, j'autorise Humanis Assurances à percevoir pour moi les prestations qui me sont dues par la CFE.

-Par ma signature, j'autorise l'échange d'informations médicales et administratives par télétransmission entre la CFE et Humanis Assurances.

-Par ma signature, j'accepte que les données de santé communiquées, y compris par AXA Assistance, me concernant en vue de permettre le règlement des prestations, fassent l'objet d'un traitement y compris informatisé, par le Médecin conseil de Humanis Assurances et les personnes habilitées par lui.

-Par ma signature, j'accepte qu'en cas d'hospitalisation d'urgence à l'étranger les médecins d'AXA Assistance puissent entrer en contact directement avec l'hôpital.

Fait à le

Signature du souscripteur

Conformément à la Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée, les informations que vous nous communiquez via ce formulaire sont destinées aux entités composant le groupe HUMANIS, à la Caisse des Français de l'Étranger, ainsi qu'aux partenaires du groupe HUMANIS en charge d'activités confiées par le Groupe et plus particulièrement à AXA Assistance, en tant qu'assureur des garanties d'assistance, d'assurance bagages et d'assurance de responsabilité civile à l'étranger, de votre contrat Frais de Santé. Aucune des données vous concernant ne sera transmise à des tiers autres que les entités ci-avant désignées. Les réponses et informations collectées via le présent document sont obligatoires. Elles sont collectées pour les besoins de la gestion administrative de votre dossier, mais sont également susceptibles d'être utilisées, à l'exclusion du NIR et du numéro d'identification client, à des fins d'études statistiques ou d'information sur les offres, produits et services proposés par le groupe HUMANIS et ses partenaires en charge d'activités confiées par le Groupe.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression à exercer :

- par courriel à contact-cnill@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe HUMANIS – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex, France. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité ;

- par lettre à l'adresse suivante : Monsieur le Directeur de la CFE, BP 100 – 77950 Rubelles, France ;

- par lettre à l'adresse suivante : Service Juridique d'AXA Assistance, 6 rue André Gide – 92320 Châtillon, France.

Le groupe HUMANIS prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité des données, conformément aux dispositions de la loi précitée.

Je souhaite être contacté(e) par le groupe HUMANIS ou ses partenaires en charge d'activités confiées par le Groupe pour recevoir des informations sur leurs offres, produits et services [] .

Je souhaite être contacté(e) par le groupe HUMANIS ou ses partenaires en charge d'activités confiées par le Groupe pour recevoir des newsletters [] .

RETRAITE

CFE (régime de base)

NB : l'adhésion à ce contrat ne dispense pas des cotisations dues aux régimes obligatoires du pays d'expatriation (y compris dans l'Espace économique européen).

L'ASSURANCE RETRAITE

Date d'effet de l'adhésion souhaitée 1^{er} jour du trimestre civil en cours
 1^{er} jour du trimestre civil suivant ma demande

Complément d'information pour l'adhésion à l'assurance vieillesse

▪ **J'atteste :**

Avoir relevé d'un régime français d'Assurance maladie obligatoire pendant au moins 5 ans, à quelque titre que ce soit, cette durée pouvant être discontinuée.

(Joindre à votre demande d'adhésion tout document de nature à établir votre présence en France par exemple : relevé de carrière, fiches de paie, attestations Pôle emploi, avis d'imposition, quittances de loyer, factures d'énergie ou de téléphone, certificats de scolarité...).

OU

Avoir cotisé 6 mois à l'assurance vieillesse obligatoire avant le départ de France.

(Joindre dans ce cas une copie de vos 6 derniers bulletins de salaire ou une attestation de votre employeur précisant votre salaire brut au cours de ces 6 derniers mois.)

Attention : dans cette seconde situation les cotisations CFE seront calculées à titre définitif sur la base de vos 6 derniers salaires en France et non sur ceux correspondant à votre nouvelle activité à l'étranger.

IMPORTANT : si le salarié ne possède pas de numéro de Sécurité sociale définitif, fournir une copie de votre extrait d'acte de naissance et une copie de votre carte nationale d'identité ou passeport.

CRE-Ircafex (régime complémentaire)

NB : l'adhésion à ce contrat ne dispense pas des cotisations dues aux régimes obligatoires du pays d'expatriation (y compris dans l'Espace économique européen).

Date d'effet de l'adhésion souhaitée (1^{er} jour de l'année en cours ou date d'embauche si celle-ci est postérieure)

Salaire annuel brut : € (limité à 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale)

Avez-vous déjà été affilié à la **CRE** : Non oui - N° de participant précédent :

Avez-vous déjà été affilié à l' **Ircafex** : Non oui - N° de participant précédent :

Dernier employeur avant votre emploi actuel et institutions Arrco-Agirc d'affiliation :

Si vous êtes cadre

A la CRE (Caisse de Retraite pour la France et l'Étranger), institution Arrco n° 280 au taux contractuel de 6,20 % sur la tranche 1 et à l'Ircafex (Institution de Retraites des Cadres et Assimilés de France et de l'Étranger), institution Agirc n° 58 au taux contractuel de 16,44 % sur les tranches B et C.

Si vous êtes non cadre

A la CRE (Caisse de Retraite pour la France et l'Étranger), institution Arrco n° 280 au taux contractuel de 6,20 % sur la tranche 1 16,20 % sur la tranche 2.

Fait à le

Signature

DÉSIGNATION DE L'ENTREPRISE MANDATAIRE (pour tout ou partie des risques souscrits dans le bulletin d'adhésion, y compris les options)**Coordonnées de l'entreprise**

Je soussigné(e)

(Nom du mandant, souscripteur du contrat), donne mandat d'agir en mon nom à l'entreprise désignée ci-dessous :

Dénomination sociale

Groupe d'appartenance

Nom du signataire représentant l'entreprise mandataire

Qualité du signataire au sein de l'entreprise mandataire

Adresse

E-mail

Téléphone

Fax

N° de mandataire si déjà connu :

CFE

Humanis Assurances

CRE- Ircafex

SANTÉ ET PREVOYANCE (selon risques souscrits)

- à la **CFE** (maladie, maternité, invalidité - accidents du travail, maladies professionnelles)
- à **Humanis Assurances** (frais de santé et assistance, assurance bagages et responsabilité civile)
- à **Humanis Assurances** (décès ou perte totale et irréversible d'autonomie et arrêt de travail ou invalidité)

RETRAITE

- à la **CFE** (l'Assurance retraite)
- à la **CRE-Ircafex** (Arrco-Agirc)

CONDITIONS D'EXERCICE DU MANDAT**Objet du mandat**

Pour le souscripteur lui ayant confié mandat, l'entreprise mandataire s'engage auprès des organismes :

CFE, Humanis Assurances et CRE-Ircafex à :

- effectuer le paiement des cotisations dans les conditions prévues au (x) contrat (s) ;
- aviser les organismes précités de la cessation de fonction de l'adhérent (démission, licenciement, départ à la retraite) ;

CFE et CRE-Ircafex à :

- effectuer, plus généralement, toute opération entrant dans le cadre de l'adhésion individuelle du mandat ;
- résilier l'adhésion en cas de retour en France.

Et particulièrement pour la CRE-Ircafex à :

- communiquer chaque trimestre toute indication nécessaire au calcul des cotisations individuelles de l'adhérent ;
- informer, le cas échéant, de toute évolution individuelle significative de salaire ou de changement de fonction.

Responsabilités et engagements**Responsabilités et engagements du mandant :**

- Le mandant s'engage à fournir à l'entreprise mandataire, dans les meilleurs délais, une copie du ou des contrat(s) PACK EXPAT' CFE Salarié-Non salarié HA164001S et HA164001P, afin que cette dernière puisse prendre pleinement connaissance des dispositions encadrant le paiement des cotisations ;
- Le mandant s'engage à fournir à l'entreprise mandataire, dans les meilleurs délais, une copie de tout avenant modificatif PACK EXPAT' CFE Salarié-Non salarié HA164001S et HA164001P ayant des conséquences sur le montant des cotisations ;
- Le mandant s'engage à informer Humanis Assurances de la cessation du présent mandat.

Responsabilités et engagements de l'entreprise mandataire :

- L'entreprise mandataire s'engage à effectuer les opérations énumérées ci-avant dans l'objet du mandat ;
- L'entreprise mandataire certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et s'engage à informer Humanis Assurances de toute modification de situation ayant des conséquences directes sur la bonne poursuite du mandat ;
- L'entreprise mandataire s'engage à transmettre à Humanis Assurances un K-Bis (ou équivalent) datant de moins de 3 mois ;
- L'entreprise mandataire s'engage à transmettre à Humanis Assurances un Relevé d'Identité Bancaire et, le cas échéant, l'autorisation de prélèvement.

En cas de défaillance du mandataire, Humanis Assurances et la CRE-Ircafex informeront le mandant de la situation. La responsabilité desdits organismes ne saurait être recherchée en cas de manquement de l'une des parties, dans le cadre de l'exécution du mandat.

Le mandataire reconnaît et accepte les conditions d'exercice du mandat, certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et s'engage à informer la CFE, Humanis Assurances et la CRE Ircafex de toute modification.

Fait à**le****Signature du mandant (précédée de « lu et approuvé »)****Signature du mandataire (précédée de « lu et approuvé »)**

INFORMATIONS

BÉNÉFICIAIRES des garanties FRAIS DE SANTE Humanis Assurances et ASSISTANCE**GARANTIES FRAIS DE SANTÉ ET ASSISTANCE**

- Votre conjoint(e) ou partenaire lié(e) par un PACS ou concubin, à charge au sens de la CFE ou bénéficiant à titre personnel de la CFE (voir rubrique « Attestation de qualité d'ayant-droit »).
- Vos enfants, légitimes, reconnus ou adaptifs, ceux de votre conjoint, de votre partenaire lié par un PACS ou de votre concubin, s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - être à charge au sens de la CFE;
 - être atteint, quel que soit leur âge, d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^e anniversaire ;
 - être âgé de moins de 28 ans, être non salarié, non imposable, justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein, et bénéficier à titre personnel de la CFE.

AVEZ-VOUS PENSÉ À JOINDRE TOUTES LES PIÈCES NÉCESSAIRES À VOTRE ADHÉSION ?**Pour les garanties Frais de santé et/ou Prévoyance et/ou Retraite**

- Attestation d'emploi de votre employeur ou une copie de votre contrat de travail** précisant votre salaire annuel brut moyen avant toutes déductions sociales et fiscales (primes et indemnités comprises).
- Copie des statuts** de l'entreprise (si vous êtes directeur de société ou gérant), le cas échéant.
- Copie de la carte nationale d'identité ou du passeport** de chaque bénéficiaire du contrat frais de santé.
- Mandats SEPA** dûment complétés et signés si vous avez choisi le mode de règlement par prélèvement.
- Relevé d'identité bancaire** en France ou à l'étranger (sauf Etats Unis) des comptes à débiter ou à créditer.

Pour les garanties Frais de santé et/ou Prévoyance

- Copie de votre attestation de Sécurité sociale ou CFE** de moins de 3 mois en cours de validité ou extrait d'acte de naissance si vous n'avez pas de numéro de Sécurité sociale. Les bénéficiaires de la garantie justifiant à titre personnel d'une adhésion à la CFE **doivent fournir leur propre attestation**.
- Si vous souhaitez demander l'abrogation des délais de carence de la garantie frais de santé Humanis Assurances, joignez une **attestation d'affiliation en cours de validité ou un certificat attestant d'une radiation à une assurance santé équivalente** datant de moins de trois mois.
- Questionnaire(s) de santé**, lors de la souscription du contrat Frais de santé, le cas échéant, pour l'assuré et ses ayants-droit ayant quitté la France depuis plus de 6 mois, à joindre sous pli confidentiel individuel à l'attention de : Humanis Assurances – M. le médecin-conseil.
- Questionnaire(s) de santé** en cas de souscription au contrat de prévoyance, à joindre sous pli confidentiel individuel à l'attention de : Humanis Assurances – M. le médecin-conseil.
- Formulaire original intitulé « Désignation de bénéficiaires du capital décès personnalisée »**.
- Copie de la notification de prise en charge à 100 %** en cas d'exonération du ticket modérateur pour une affection de longue durée.

Et selon votre situation familiale:

- Conjoint marié** : copie du livret de famille ou du certificat de mariage.
- Partenaire lié par un Pacs** : photocopie de l'attestation de PACS.
- Concubin** (document destiné à Humanis Assurances) : attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les 2 concubins, un justificatif de domicile commun et/ou extrait de naissance de votre concubin à charge.
- Enfants** : tout document justifiant leur situation et notamment un justificatif de scolarité pour les enfants entre 16 et 20 ans pour la CFE et entre 18 et 28 ans pour Humanis Assurances.

LA VIE VOTRE CONTRAT

Comment adhérer ?

Pour mettre en place l'offre Pack Expat'CFE, rien de plus simple ! il vous suffit de nous retourner le bulletin d'adhésion ci-joint accompagné des pièces justificatives listées.

Comment me faire rembourser mes frais médicaux ?

La gestion de votre contrat sera assurée par Humanis Assurances, via son service spécialisé dans la protection sociale des personnes en mobilité internationale, dénommé **Welcare**.



Vos demandes d'assistance, ou de frais d'hospitalisation seront traitées par **AXA ASSISTANCE**



Votre dossier de retraite complémentaire sera traité par **le Centre de gestion CRE-Ircafex**.

Comment mettre à jour mon dossier ?

Vous disposez de **3 espaces clients dédiés** :

- espace Client CRE-Ircafex : Espace client retraite [<https://espace-particuliers.humanis.com>] ;
- espace Client santé-prévoyance : Espace client Humanis Assurances [<https://espace-sante-international.humanis.com/particulier>] ;
- espace Client CFE : <http://www.cfe.fr/>.

Vous pourrez accéder à ces espaces dès que vous aurez reçu **vos certificats d'adhésion**.

humanis.com



Les garanties du contrat sont assurées par Humanis Assurances, société anonyme régie par le Code des assurances au capital social de 13 565 655 € entièrement libéré, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 447 883 661, dont le siège social est en France, à Paris (75014), 29 boulevard Edgar Quinet. La gestion du contrat est effectuée par Humanis Assurances via son service spécialisé dans la protection sociale des personnes en mobilité internationale, dénommé Welcare.

Les garanties frais de santé assurées par Humanis Assurances sont complétées de façon automatique par des garanties annexes composées de garanties d'assistance, d'assurance bagages et d'assurance de responsabilité civile à l'étranger (détaillées dans l'annexe du contrat) assurées par : AXA Assistance, dénomination utilisée par INTER PARTNER ASSISTANCE, société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance non-vie agréée par la Banque Nationale de Belgique (0487), immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055, dont le siège social est situé 166 Avenue Louise – 1050 Ixelles – Bruxelles Capitale – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500 et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon.

CRE (Arrco n° 280) - Ircafex (Agirc n° 58) - Institutions de retraite complémentaire régies par le Code de la Sécurité sociale dont le siège social est situé 29 boulevard Edgard Quinet, 75014 Paris, France.

CFE, organisme de Sécurité sociale dont le siège social est situé BP100 – 77950 Rubelles.