

Bulletin d'adhésion Pack Expat'CFE individuel



Nous sommes très heureux
que vous souhaitiez nous confier
votre protection sociale à l'international

7 ÉTAPES SIMPLES POUR ADHÉRER :

- 1.** Renseignez vos informations personnelles.
- 2.** Indiquez les bénéficiaires que vous souhaitez couvrir, sous le(s) régime(s) de base et complémentaire Malakoff Humanis.
- 3.** Indiquez la date d'effet à laquelle vous souhaitez que votre(vos) contrat(s) débute(nt).
- 4.** Indiquez les garanties que vous souhaitez souscrire en régime de base et régime complémentaire en Santé, Prévoyance et/ou Retraite.
- 5.** Dated et signez votre demande d'adhésion.
- 6.** Pour le règlement de votre cotisation, veuillez compléter le(s) mandat(s) de prélèvement SEPA en annexe.
- 7.** Selon votre statut et les garanties sélectionnées, veuillez utiliser la check-list sur la dernière page pour vous assurer que vous avez joint à votre adhésion l'exhaustivité des pièces complémentaires. Ces pièces nous permettront de traiter votre dossier dans les plus brefs délais, régler vos remboursements ou bien supprimer les délais de carence dans l'éventualité où vous avez bénéficié d'une assurance antérieure.

> VOTRE IDENTITÉ

Nom Nom de naissance
Prénom
Date de naissance Sexe F M
Nationalité Ville et pays de naissance
Situation de famille : célibataire concubin(e) divorcé(e) marié(e) pacsé(e) séparé(e) veuf(ve)
N°de Sécurité sociale

> VOTRE ACTIVITÉ À L'ÉTRANGER

Pays d'expatriation Date d'expatriation
Motif d'expatriation
Vous êtes :
 Etudiant
 Salarié (profession exacte)
 Travailleur indépendant (précisez votre situation)
 Sans activité professionnelle (précisez votre situation)
La date d'embauche de votre poste actuel ou la date depuis laquelle vous avez le statut de travailleur indépendant ou sans activité :

Si vous êtes salarié, merci de renseigner les informations suivantes :

Employeur (dénomination)
Adresse de l'entreprise
Code postal Ville
Etes-vous directeur ou gérant de société : Oui Non Salaire annuel brut €

> VOS ADRESSES PERSONNELLES

Adresse en France
Code postal Ville
Adresse à l'étranger
Code postal Ville
Portable (avec préfix) E-mail @

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

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

Vos remboursements et, le cas échéant ceux des autres bénéficiaires, seront versés sur votre compte. Si vous souhaitez que ceux-ci soient perçus sur un autre compte, veuillez l'indiquer et joindre le(s) RIB correspondant(s).

Je prends note que Malakoff 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 COUVRIR

	Conjoint(e) ou assimilé(e) à charge	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
Nom					
Prénom					
Sexe	F M	F M	F M	F M	F M
Date de naissance	jj / mm / aaaa	jj / mm / aaaa	jj / mm / aaaa	jj / mm / aaaa	jj / mm / aaaa
Ville et pays de naissance					
N° de Sécurité sociale					
Situation (*)					
Type d'adhésion (**)					
E-mail (bénéficiaires majeurs uniquement)					

* Situation : scolaire / étudiant / apprenti / recherche d'un emploi / invalide / autre (préciser).

** Type d'adhésion : CFE seule / CFE + complémentaire

> DATE D'EFFET DES CONTRATS SOUHAITÉE

Date d'effet souhaitée de l'adhésion :

- au contrat régime de base CFE : 01/mm / aaaa
- et/ou au(x) contrat(s) régime complémentaire Malakoff Humanis : 01/mm / aaaa

Votre adhésion prendra effet au plus tôt le 1^{er} du mois qui suit l'acceptation du dossier par la CFE et Malakoff Humanis Assurances, ou le cas échéant, le 1^{er} du mois qui suit votre acceptation de la majoration de la/les cotisation(s) et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Dans tous les cas, seule la date d'effet figurant sur les Conditions particulières du ou des contrat(s) fera foi.

> VOS GARANTIES RÉGIME DE BASE CFE

Je souhaite souscrire à l'offre :

Offre Monde

Offre FrancExpat

Offre JeunExpat

Les garanties que je souhaite souscrire sont les suivantes :

Garantie obligatoire Maladie-Maternité

Invalidité + Indemnités journalières + Décès (salariés uniquement)

Accident du travail / Maladies professionnelles (salariés uniquement)

> VOS GARANTIES RÉGIME COMPLÉMENTAIRE MALAKOFF HUMANIS

Bénéficiiez-vous d'un régime de frais de santé complémentaire antérieur ? Oui Non

Si oui, nom de l'organisme assureur : _____

Si vous avez bénéficié d'une assurance santé complémentaire équivalente datant de moins de 3 mois au jour de l'adhésion, vos délais de carence seront supprimés sur réserve d'un justificatif de résiliation.

► Frais de santé + Assistance - Assurance bagages - 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 1 Zone 2 Zone 3 Zone 4 Zone France

Option Responsabilité Civile pour les formules Santé 1, Santé 2 ou Santé 3

(incluse par défaut dans les formules Santé 4 et Santé 5)

Pour pouvoir être couverts par cette garantie, les bénéficiaires doivent respecter les conditions d'âge et de statut indiquées dans les Conditions générales du contrat.

► Prévoyance

Je souscris le contrat **Prévoyance** :

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 € pour les salariés et 390 000 € pour les non-salariés)

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

(cette option implique le doublement du capital choisi en cas d'accident)

ARRÊT DE TRAVAIL (UNIQUEMENT DISPONIBLE POUR LES SALARIÉS)

LES GARANTIES CI-DESSOUS NE PEUVENT ÊTRE SOUSCRITES SEULES. ELLES SONT INDISSOCIABLES DE LA GARANTIE DÉCÈS.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE ET INVALIDITÉ PERMANENTE

NB : Les prestations seront calculées sur la base du salaire annuel brut indiqué à la page 2, 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

> DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS

(à compléter uniquement si vous souscrivez la garantie « Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie »)

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 Malakoff Humanis Assurances dédié à cet effet.

> SIGNATURE DE VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

Par ma signature :

- Je certifie avoir été sollicité(e) par mon conseiller pour déterminer mes besoins et exigences en matière de couverture santé et/ou Prévoyance et avoir bénéficié d'un conseil adapté à ma situation préalablement à la souscription du présent Bulletin d'Adhésion.
- Préalablement à la signature de la présente demande de souscription, je reconnais avoir reçu et pris connaissance des Documents d'Information Produit référencés DIP/PACK EXPAT CFE INDIV/SANTE et DIP/PACK EXPAT CFE INDIV/PREV, du bulletin d'adhésion, des Conditions Générales référencées CG/HA/PACK EXPAT'CFE INDIVIDUEL/FS/02.19 et CG/HA/PACK EXPAT'CFE INDIVIDUEL/PREV/02.19 et que j'accepte ainsi que de la notice d'information assistance référencée N°0803401.
- Je déclare avoir pris connaissance 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 Malakoff 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...).
- J'autorise Malakoff Humanis Assurances à percevoir pour moi les prestations qui me sont dues par la CFE.
- J'autorise l'échange d'informations médicales et administratives par télétransmission entre la CFE et Malakoff Humanis Assurances.
- J'accepte que les données de santé communiquées, y compris par AXA PARTNERS, me concernant en vue de permettre le règlement des prestations, fassent l'objet d'un traitement y compris informatisé, sous le contrôle du Médecin conseil de Malakoff Humanis Assurances.
- J'accepte qu'en cas d'hospitalisation d'urgence à l'étranger les médecins d'AXA PARTNERS puissent entrer en contact directement avec l'hôpital.
- Je reconnais avoir été informé(e) que la rémunération perçue par le personnel Malakoff Humanis Assurances au titre de la distribution du contrat a la nature d'un salaire.

L'adhésion ne prendra effet qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Fait à

le jj / mm / aaaa

Signature du souscripteur

Je souhaite recevoir des informations sur les offres, produits et services du groupe Malakoff Humanis par e-mail par sms. Si vous avez coché la (les) case(s) ci-dessus, vos coordonnées personnelles sont collectées pour les besoins de votre demande d'informations, mais sont également susceptibles d'être utilisées à des fins d'information sur les offres, produits et services proposés par le groupe Malakoff Humanis et ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe.

« Les informations relatives au traitement de vos données personnelles sont disponibles dans l'annexe 1 qui vous est remise avec le présent document ».

> VOTRE ADHÉSION RETRAITE - RÉSERVÉE AUX SALARIÉS UNIQUEMENT

Date d'effet de l'adhésion souhaitée au régime de base CFE :

1^{er} jour du trimestre civil en cours

1^{er} jour du trimestre civil suivant ma demande

▶ RÉGIME DE BASE CFE

Pour mon 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.

▶ RÉGIME COMPLÉMENTAIRE MALAKOFF HUMANIS INTERNATIONAL AGIRC-ARRCO

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

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

Avez-vous déjà été affilié au régime Agirc-Arrco : Non Oui

Dernier employeur avant votre emploi actuel :

J'atteste avoir le statut :

Cadre

Non cadre

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

Fait à
Signature

le **jj / mm / aaaa**

Je souhaite recevoir des informations sur les offres, produits et services du groupe Malakoff Humanis par e-mail par sms. Si vous avez coché la (les) case(s) ci-dessus, vos coordonnées personnelles sont collectées pour les besoins de votre demande d'informations, mais sont également susceptibles d'être utilisées à des fins d'information sur les offres, produits et services proposés par le groupe Malakoff Humanis et ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe.
« Les informations relatives au traitement de vos données personnelles sont disponibles dans l'annexe 1 qui vous est remise avec le présent document ».

> PIÈCES NÉCESSAIRES À VOTRE ADHÉSION

▶ PIÈCES COMMUNES À TOUS LES ADHÉRENTS :

Copie de la carte nationale d'identité ou du passeport de chaque bénéficiaire.

Le(s) **Questionnaire(s) de santé** pour une adhésion :

▶ au contrat Frais de santé Malakoff Humanis Assurances, pour chaque personne à couvrir (y compris les enfants mineurs) ;

ET/OU

▶ au contrat Prévoyance Malakoff Humanis Assurances, pour l'assuré principal.

Mandats SEPA (CFE et Malakoff Humanis Assurances) dûment complétés et signés.

Relevé d'identité bancaire en France ou à l'étranger des comptes à débiter (pour le règlement des cotisations) et à créditer (pour vos remboursements).

Si vous souhaitez demander l'abrogation des délais de carence de la garantie frais de santé Malakoff 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.

Copie de la notification de prise en charge à 100 % en cas d'exonération du ticket modérateur pour une affection de longue durée.

La **Fiche Besoin Conseil (FBC)** signée.

▶ PIÈCES À FOURNIR SI VOUS ÊTES SALARIÉ :

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).

Si vous êtes directeur de société ou gérant, la **copie des statuts** de l'entreprise.

▶ PIÈCES À FOURNIR EN FONCTION DE VOTRE SITUATION FAMILIALE :

Si vous êtes en couple : une attestation carte vitale de moins d'un an **ou** copie du livret de famille **ou** du certificat de mariage **ou** photocopie de l'attestation de PACS **ou** attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les 2 concubins, accompagnée d'un justificatif de domicile commun.

Si vous avez des enfants : tout document justifiant leur situation et notamment un justificatif de scolarité pour les enfants entre 16 et 28 ans.



malakoffhumanis.com

Les garanties proposées sont assurées et gérées par Malakoff Humanis Assurances, société anonyme régie par le Code des assurances au capital de 23 565 660 € entièrement libéré, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 447 883 661, dont le siège social est en France, à Paris (75009), 21 rue Laffitte. L'assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution - 4, Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09

Les garanties frais de santé assurées par Malakoff 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 (détaillées dans l'annexe du contrat) assurées par : AXA PARTNERS, dénomination utilisée par INTER PARTNER ASSISTANCE, société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 €, 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.

Malakoff Humanis International Agirc-Arrco - Institution de retraite complémentaire régie par le code de la Sécurité sociale, membre de la fédération Agirc-Arrco. Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris

CFE, organisme de Sécurité sociale dont le siège social est situé 160 rue des Meuniers - CS 70238 Rubelles - 77052 Melun Cedex

Annexe 1 :

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré et les bénéficiaires sont informés par l'organisme assureur, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que : Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à : dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ; - la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'assuré et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à l'inscription de l'assuré et/ou des bénéficiaires sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en oeuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).
- la proposition à l'assuré et aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- la mise en oeuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et des bénéficiaires. Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, à la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à la situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle de l'assuré et des bénéficiaires, à leur vie personnelle, à leur santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, lorsque le contrat intervient en complément de la Caisse des Français de l'Etranger, Malakoff Humanis, en sa qualité d'organisme d'assurance utilise le numéro d'immatriculation de la Caisse des Français de l'Etranger, ou, le cas échéant, le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») de l'assuré et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en oeuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégués de gestion, la CFE, lorsque le contrat intervient en complément de celle-ci, Axa Partners, le cas échéant, pour les garanties Assistance, Assurance Bagages et Responsabilité civile, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé de l'assuré et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité de celui-ci, exclusivement aux fins de la passation, de la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en oeuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Dans la mesure où les données seraient amenées à être transférées en dehors de l'Union Européenne et dans un pays ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'engage à prendre toutes les garanties juridiques appropriées pour encadrer le transfert.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis, le cas échéant la CFE, Axa Partners et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer les assurés et les bénéficiaires en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. L'assuré et les bénéficiaires disposent du droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes de leurs données à caractère personnel, de limiter le traitement dont elles font l'objet et du droit à la portabilité de celles-ci dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés directement sur le site internet de Malakoff Humanis via les formulaires mis à disposition, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Le ou les Bénéficiaires peuvent également écrire à la CFE, lorsque le contrat intervient en complément de celle-ci : Monsieur le Directeur de la CFE - 160, Rue des Meuniers - CS 70238 Rubelles - 77052 MELUN Cedex et, le cas échéant, à : Service juridique d'AXA Partners - 6, Rue André Gide - 93320 CHATILLON.

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

L'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.