



malakoff médéric
humanis

SANTÉ – PRÉVOYANCE – RETRAITE – ÉPARGNE

MONCEY
ASSURANCES & CONSEILS

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 Médéric 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 jj / mm / aaaa 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 jj / mm / aaaa
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 :
 jj / mm / aaaa
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 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 Médéric 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 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 MÉDÉRIC 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 part 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.

> 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 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 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 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 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 d'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 Médéric 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 Médéric Humanis et ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe.

Conformément au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations que vous nous communiquez ou qui nous sont transmises par les professionnels de santé, la Caisse des Français de l'Étranger (CFE) ou AXA PARTNERS sont traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, ou l'organisme gestionnaire par délégation.

Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en oeuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude. Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que la CFE et AXA PARTNERS et s'il y a lieu notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et les intermédiaires d'assurance. Ces destinataires peuvent éventuellement se situer en dehors de l'Union européenne (UE). Les références aux garanties juridiques appropriées en cas de transfert de données hors de l'UE sont disponibles sur le site du groupe Malakoff Médéric Humanis à l'adresse URL indiquée ci-dessus.

En cas de conclusion d'un contrat, vos données sont conservées selon les durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées par le responsable de traitement pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, vos données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte par l'organisme assureur ou du dernier contact émanant de votre part. Vous trouverez l'ensemble des durées de conservation de vos données sur le site internet du groupe Malakoff Médéric Humanis à l'adresse URL indiquée ci-dessus.

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement de vos données personnelles ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à Groupe Malakoff Médéric Humanis - cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 Malakoff Cedex. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Nous pouvons vous demander de nous fournir un justificatif d'identité pour confirmer votre identité avant de répondre à votre demande. Vous pouvez également écrire à : Monsieur le Directeur de la CFE - 160, Rue des Meuniers - CS 70238 Rubelles - 77052 Melun Cedex et à : Service juridique d'AXA PARTNERS - 6, Rue André Gide - 93320 Chatillon.

Pour en savoir plus, consultez le site internet du groupe Malakoff Médéric Humanis à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous bénéficiez du droit de vous inscrire gratuitement sur la liste dite « Bloctel » d'opposition au démarchage téléphonique, accessible par le lien www.bloctel.gouv.fr, conformément aux dispositions des articles L.223-1 à L.223-7 du code de la consommation. Toutefois, tant que le contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, cette inscription n'interdit pas à l'Institution de vous démarcher téléphoniquement si vous ne vous êtes pas opposé auprès de l'Institution, à l'adresse mentionnée ci-dessus, à l'utilisation de vos coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

> 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 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 Médéric 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 Médéric Humanis et ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe.

Conformément au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations que vous nous communiquez sont nécessaires à la gestion de votre contrat et sont destinées à votre institution. Vos données personnelles sont conservées pendant la durée nécessaire à la finalité précitée. Vous pouvez demander l'accès et la rectification de vos données personnelles en écrivant au délégué à la protection des données de votre institution à : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à groupe Malakoff Médéric Humanis - cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 Malakoff Cedex France.

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous bénéficiez du droit de vous inscrire gratuitement sur la liste dite « Bloctel » d'opposition au démarchage téléphonique, accessible par le lien www.bloctel.gouv.fr, conformément aux dispositions des articles L.223-1 à L.223-7 du code de la consommation. Toutefois, tant que le contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, cette inscription n'interdit pas à l'Institution de vous démarcher téléphoniquement si vous ne vous êtes pas opposé auprès de l'Institution, à l'adresse mentionnée ci-dessus, à l'utilisation de vos coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

> 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 Humanis Assurances, pour chaque personne à couvrir (y compris les enfants mineurs) ;

ET/OU

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

Mandats SEPA (CFE et 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 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.



Les garanties du contrat sont assurées par **Humanis Assurances**, société anonyme régie par le Code des assurances au capital social de 23 565 660 € 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. 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

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 PARTNERS**, 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.

Humanis International Agirc-Arrco - Institutions de retraite complémentaire n° 280 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 160 rue des Meuniers - CS 70238 Rubelles - 77052 Melun Cedex