

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 bulletin d'adhésion.
6. Pour le règlement de votre cotisation, veuillez compléter le(s) mandat(s) de prélèvement SEPA en annexe.
7. Selon 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 _____

*Attention, dans le cadre d'une adhésion famille le conjoint le plus âgé sera considéré par la CFE comme l'adhérent principal.

> 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 _____
Êtes-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 _____
Pays _____
Portable (avec préfix) _____ E-mail _____

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

Les avis de remboursement seront mis à disposition par défaut via votre Espace client dédié. Cochez la case ci-après si vous souhaitez les recevoir également par courrier : _____ 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 "bancaire". 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)	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 / travailleur non salarié / autre (préciser).

** Type d'adhésion : CFE + complémentaire / complémentaire seule si déjà adhérent à la CFE

> 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 MondExpat Santé **Offre JeunExpat Santé (pour les moins de 30 ans)** **Offre FrancExpat Santé**

Les garanties que je souhaite souscrire sont les suivantes :

Garantie obligatoire Maladie-Maternité

Je suis salarié(e) et je choisis de cotiser à : l'option Invalidité/Indemnités Journalières/Capital Décès

Je suis salarié(e) et je choisis de cotiser aussi aux garanties suivantes : Accident du travail / maladies professionnelles
Assurance vieillesse

> VOS GARANTIES RÉGIME COMPLÉMENTAIRE MALAKOFF HUMANIS

Bénéficiez-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 la condition d'âge indiquée 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

La souscription simultanée du contrat Frais de Santé et du contrat Prévoyance vous permet de bénéficier d'une réduction de 10 % applicable sur le taux de cotisations de votre contrat Prévoyance. ⁽¹⁾

> 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), non divorcé(e), non séparé(e) de corps judiciairement ou à mon partenaire lié(e) par un PACS ou à mon(ma) concubin(e) justifiant de cette qualité au moment du décès ;
- ▶ à défaut, par parts égales entre eux, à mes enfants 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 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.

> 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 (à l'exclusion des personnes nées en France).

(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).

(1) Offre promotionnelle valable du 15 juin 2020 au 31 décembre 2020, pour toute nouvelle souscription simultanée (effectuée sur un bulletin d'adhésion unique daté et signé à une même date) aux contrats Pack Expat'CFE Individuel Frais de Santé n° HA194001S et Prévoyance n° HA194001P, ouvrant droit à une réduction de 10% appliquée sur le taux de cotisation retenu au titre du contrat Prévoyance. Chaque contrat peut être souscrit séparément aux conditions tarifaires habituelles (hors réduction promotionnelle). L'usage du droit de renonciation au contrat Frais de Santé, l'annulation ou la résiliation du contrat Frais de Santé mettent fin au bénéfice du tarif préférentiel applicable au contrat Prévoyance.

> 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 signature du présent Bulletin d'Adhésion.
 - Préalablement à la signature du présent bulletin d'adhésion, je reconnais avoir reçu et pris connaissance des Documents d'Information Produit référencés DIP/PAK EXPAT CFE INDIV/FS et DIP/PAK EXPAT CFE INDIV/PREV, du bulletin d'adhésion, des Conditions Générales référencées CG/HA/PAK EXPAT'CFE INDIVIDUEL/FS/02.19 et CG/HA/PAK EXPAT'CFE INDIVIDUEL/PREV/02.19 et que j'accepte ainsi que de la notice d'information assistance référencée N°0803401 et la notice d'information téléconsultation référencées CGU Téléconsultation Expatriés Détachés 01.2017.
 - 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 et les personnes habilitées par lui.
 - 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 de 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 ».

> PIÈCES NÉCESSAIRES À VOTRE ADHÉSION

▶ PIÈCES COMMUNES À TOUS LES SOUSCRIPTEURS :

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 le souscripteur uniquement.

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 que la radiation de la précédente assurance santé date** 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.

Déclaration de bénéficiaire personnalisée, le cas échéant.

▶ PIÈCES À FOURNIR SI VOUS ÊTES SALARIÉ :

Attestation d'emploi de votre employeur ou une copie de votre contrat de travail précisant votre **saire 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 Prudentiel 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 le cas échéant 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
Téléconsultation : service délivré par AXA PARTNERS France S.A au capital de 9 071 981 € - Immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 311 338 339 - Siège social : 6 rue André Gide - 92320 Châtillon.
CFE, organisme de Sécurité sociale dont le siège social est situé 160 rue des Meuniers - CS 70238 Rubelles - 77052 Melun Cedex.

Les informations collectées sont toutes nécessaires à Malakoff Humanis, responsable du traitement, pour la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance.

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi.

Vous disposez enfin de la possibilité de vous 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 notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

En cochant cette case, j'accepte de recevoir par voie électronique des informations concernant les offres de produits et services de Malakoff Humanis et de ses filiales.

Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr