



BULLETIN D'ADHÉSION PACK EXPAT'CFE Salarié-Non Salarié



Humanis



Caisse des Français de l'Étranger
La Sécurité sociale des expatriés

Retraite | Prévoyance | Santé | Épargne | International

NOUS SOMMES TRÈS HEUREUX
QUE VOUS SOUHAITIEZ NOUS CONFIER
VOTRE PROTECTION SOCIALE À L'INTERNATIONAL

8 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 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.** Dater et signez votre demande d'adhésion.
- 6.** Si vous avez choisi une entreprise mandataire, complétez le pavé « Désignation d'une entreprise mandataire » et signez le mandat.
- 7.** Pour le règlement de votre cotisation, veuillez compléter le(s) mandat(s) de prélèvement SEPA en annexe.
- 8.** Selon votre statut et les garanties sélectionnées, veuillez utiliser la check-list à la page 10 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 ou CFE

> VOTRE ACTIVITÉ À L'ÉTRANGER

Pays d'expatriation Date d'expatriation jj / mm / aaaa
Motif d'expatriation
Vous êtes :
 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 €
Votre entreprise sera-t-elle votre mandataire ? Oui Non

> 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
 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 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 ou CFE (*)					
Situation (**)					
Type d'adhésion (***)					
E-mail (bénéficiaires majeurs uniquement)					

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

** 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 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

Si vous êtes salarié

Je souhaite souscrire l'assurance :

MALADIE/MATERNITÉ/INVALIDITÉ

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

ACCIDENTS DU TRAVAIL/ MALADIES PROFESSIONNELLES

Option Voyages d'expatriation (aller-retour)

Si vous êtes travailleur indépendant ou sans activité professionnelle

Je souhaite souscrire l'assurance :

MALADIE/MATERNITÉ

Option Séjour en France de 3 à 6 mois

> DÉCLARATION DE REVENUS SI VOUS ÊTES TRAVAILLEUR INDÉPENDANT OU SANS ACTIVITÉ

En fonction de votre statut, la CFE a besoin de connaître le détail de vos revenus ou ressources du ménage afin de pouvoir calculer le montant des cotisations dues pour le régime de base.

Pour les travailleurs indépendants

Déclaration de revenus personnels pour le dernier exercice imposé

Il est inutile de compléter cette déclaration s'il s'agit de votre 1^{ère} année d'exercice (dans ce cas, une cotisation forfaitaire est appliquée sur la base de la 3^{ème} catégorie de ressources annuelles pour les moins de 35 ans et sur la base de la 2^{ème} catégorie à partir de l'âge de 35 ans).

Année a a a a (année civile précédant votre demande)	Montant en devises locales	Montant en euros
Revenus professionnels bruts (avant toute déduction)		
Autres revenus personnels de quelque nature : à détailler		
TOTAL		

Pour les personnes sans activité professionnelle

Déclaration de ressources du ménage

Année a a a a (année civile précédant votre demande)	Montant en devises locales	Montant en euros
Ressources personnelles annuelles perçues en France ou à l'étranger		
Revenus professionnels du conjoint, du concubin ou de la personne à laquelle vous êtes lié(e) par un PACS (précisez sa situation ou sa profession éventuelle) :		
Autres revenus du conjoint, du concubin ou de la personne à laquelle vous êtes lié(e) par un PACS (en préciser la nature) :		
Autres ressources du ménage (en préciser la nature) :		
TOTAL		

> ATTESTATION DE QUALITÉ D'AYANT DROIT

(à compléter uniquement si vous souscrivez la garantie Maladie/Maternité 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 jj / mm / aaaa 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 CFE tout changement survenant dans la situation.

> VOS GARANTIES RÉGIME COMPLÉMENTAIRE 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 A Zone B Zone C

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 €)

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

OU

INVALIDITÉ PERMANENTE SEULE

Formule choisie : Indispensable IP1 Complète IP2 Maximale IP3

> 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 Humanis Assurances dédié à cet effet.

> SIGNATURE DE VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

Par ma signature :

- 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...).
- 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 Assistance, 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 Assistance 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.

Fait à

le jj / mm / aaaa

Signature du souscripteur

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 Assistance 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 œuvre 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 Assistance 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 HUMANIS à l'adresse URL indiquée ci-dessous.

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 HUMANIS à l'adresse URL indiquée ci-dessous.

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 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 Assistance - 6, Rue André Gide - 93320 CHATILLON.

Pour en savoir plus, consultez le site internet du groupe 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 Fontenay - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

> VOTRE ADHÉSION RETRAITE - RÉSERVÉE AUX SALARIÉS UNIQUEMENT

Date d'effet de l'adhésion souhaitée au(x) régime(s) de base CFE et/ou complémentaire CRE-Ircafex :

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 CRE-IRCAFEX

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 aux régimes Arrco ou Agirc : Non Oui

Dernier employeur avant votre emploi actuel :

J'atteste avoir le statut :

Cadre et je demande mon adhésion aux régimes complémentaires CRE (Caisse de Retraite pour la France et l'Extérieur), institution Arrco n° 280, au taux contractuel de 6,20% sur la tranche 1 et Ircafex (Institution de Retraites des Cadres et Assimilés de France et de l'Extérieur), institution Agirc n° 58, au taux contractuel de 16,44% sur les tranches B et C.

Non cadre et je demande mon adhésion au régime complémentaire CRE (Caisse de Retraite pour la France et l'Extérieur), institution Arrco n° 280, au taux contractuel de 6,20% sur la tranche 1 et de 16,20% sur la tranche 2.

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

> **DÉSIGNATION D'UNE 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

Code postal

Ville

E-mail

Téléphone

Fax

N° de mandataire si déjà connu :

CFE

CRE- Ircafex

> **VEUILLEZ COCHER LES RÉGIMES SOUSCRITS RÉGIS PAR LE MANDAT :**

régime de base **CFE** (pour l'assurance Maladie/Maternité/Invalidité et/ou Accidents du travail/Maladies professionnelles).

régime complémentaire **Humanis Assurances** (pour le(s) contrat(s) Frais de santé + Assistance - Assurance bagages - Responsabilité civile et/ou Prévoyance).

régime de base **CFE** (pour l'assurance Vieillesse).

régime complémentaire **CRE-Ircafex** (pour l'assurance retraite Arrco-Agirc).

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 Assistance 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 œuvre 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 Assistance 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 HUMANIS à l'adresse URL indiquée ci-dessous.

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 HUMANIS à l'adresse URL indiquée ci-dessous.

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 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 Assistance - 6, Rue André Gide - 93320 CHATILLON.

Pour en savoir plus, consultez le site internet du groupe 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.



> CONDITIONS D'EXERCICE DU MANDAT ET SIGNATURE

▶ OBJET DU MANDAT

Pour le souscripteur lui ayant confié mandat, l'entreprise mandataire s'engage auprès des organismes, selon les régimes souscrits cochés ci-avant :

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 mandant ;
- ▶ 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, la CFE 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 jj / mm / aaaa

Signature du mandant (précédée de « lu et approuvé »)

Signature du mandataire (précédée de « lu et approuvé »)

> 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, si vous avez quitté la France **depuis plus de 6 mois**, pour chaque personne à couvrir (y compris les enfants mineurs) ;

ET/OU

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

Mandats SEPA (CFE, Humanis et/ou CRE-Ircafex) dûment complétés et signés.

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

Si vous avez désigné une entreprise mandataire, **le K-Bis** (ou équivalent) datant de moins de 3 mois.

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.

▶ PIÈCES À FOURNIR EN FONCTION DE VOTRE STATUT :

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.

Travailleur indépendant :

Un **justificatif de votre activité professionnelle** (si votre activité date de moins d'un an) **ou** un **justificatif de votre déclaration de revenus professionnels et personnels** (à partir de la deuxième année d'activité).

Sans activité professionnelle :

La **déclaration des revenus du ménage de l'année précédant l'adhésion à la CFE**.

▶ PIÈCES À FOURNIR EN FONCTION DE VOTRE SITUATION FAMILIALE :

Si vous êtes en couple : 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.



humanis.com



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. 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 (Arcco 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 Edgar 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