

CONDITIONS DU CONTRAT

CFE
BP 100 – 77950 RUBELLES

Adhésion demandée à compter du [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] pour les risques :

La date d'adhésion souhaitée ne sera retenue que dans la limite de la législation applicable.

MALADIE – MATERNITE – INVALIDITE

- Options indemnités journalières, capital décès
 Option séjours en France de 3 à 6 mois

ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES

- Base annuelle de cotisations choisie en euros [] [] [] [] [] [] €
 Option voyages d'expatriation (aller-retour)

VIEILLESSE

- Date d'effet souhaitée : A partir du 1^{er} jour du trimestre civil en cours
 A partir du 1^{er} jour du trimestre civil suivant ma demande

L'adhésion à l'assurance volontaire des expatriés ne dispense pas des cotisations dues aux régimes obligatoires du pays d'expatriation (y compris les pays de l'U.E.)

Date d'activité salariée à l'étranger [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Employeur actuel (nom et adresse à préciser)

Activité professionnelle

Salaire mensuel brut moyen (primes et indemnités comprises) [] [] [] [] [] [] euros

➤ joindre l'attestation d'emploi de votre employeur ou copie de votre contrat de travail précisant votre salaire mensuel brut moyen avant toutes déductions sociales et fiscales – primes et indemnités comprises

Etes-vous Directeur ou gérant de la société oui non

B.I.L. Assurances

BP 35- 74270 FRANGY – France

Adhésion demandée à compter du [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] pour les garanties :

GARANTIE SANTE : ALLEGRO ALTISSIMO

ASSISTANCE OUI NON

PREVOYANCE – DECES 10 000 € X _____ soit un capital garanti de _____ €
(Capital décès par tranche de 10 000 € limité à 100 000 €)
 Capital étendu au conjoint (montant identique)

L'adhésion au présent régime sera effective sous réserve :

- de l'avis favorable du Médecin Conseil d'ALLIANZ, qui statue à partir du questionnaire médical dûment rempli par chaque bénéficiaire et joint sous pli cacheté au présent bulletin d'adhésion.
- du versement d'un acompte équivalent à 6 mois de cotisations

Je soussigné(e), certifie exactes, complètes et sincères les déclarations ci-dessus et je demande à bénéficier des prestations issues de l'adhésion mentionnée ci-dessus.

J'atteste l'exactitude des renseignements portés sur ce document et je déclare accepter les conditions d'adhésion après en avoir pris connaissance.

J'autorise ALLIANZ à percevoir pour moi les remboursements des frais médicaux et d'hospitalisations qui me sont dus par la CFE, afin que soit effectué un remboursement unique comprenant les garanties de base et complémentaire.

Je m'engage à informer la CFE et B.I.L. Assurances de toute modification de ma situation et (ou) de celle de mon conjoint ou concubin, et notamment de mon activité salariée ou de tout changement de pays ou d'employeur.

Fait à Le **Signature de l'assuré(e)**
(Précédée de la mention " lu et approuvé "