

## BULLETIN D'ADHÉSION ET DE LIAISONS CFE / B.I.L. Assurances





☐ Adhésion nouvelle☐ Modification adhésion existante☐	A TITR	H.	Individue De Colla	el borateur d'une entre	eprise mandataire	
IDENTIFICATION DU SALARI	E					
☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom  Prénom(s)		Nom de jeu	ine fille			
N° de Sécurité sociale                           joindre une copie de l'attestation Sécurité sociale ou extrait de naissance si vous n'avez pas de numéro						
Date de naissance             Lieu						
Etat civil : □ célibataire □ marié(e) □ veuf(e) □ divorcé(e) □ séparé(e) □ concubinage (avec ou sans pacs)						
Pays d'expatriation Date d'expatriation  _						
IDENTIFICATION DE L'ENTR	EPRISE (dans le cadre d'	un contrat d'entrepr	rise)	Cadre rés	servé à l'entreprise	
Dénomination sociale       N° mandataire CFE :  _                      Groupe d'appartenance       Nom de l'interlocuteur dans l'entreprise         Adresse       Tel         Fax       Mail						
Tel	Fax	Mail				
ADRESSES ET COORDONNEES BANCAIRES						
Adresse à l'étranger						
Tel		Fax				
Tel E mail		. Fax				
Mon courrier administratif (contrat,) sera envoyé :  □ à mon adresse en France □ à mon adresse à l'étranger						
Mes appels de cotisations seront envoyés :  □ à mon adresse en France □ à mon adresse à l'étranger □ à l'adresse de la personne ou entreprise qui règle la cotisation						
Mes avis de remboursement seront envoyés :  □ à mon adresse en France □ à mon adresse à l'étranger						
Je désire être remboursé(e) : □ sur mon compte en France □ sur mon compte à l'étranger joindre dans tous les cas un RIB, IBAN, ABA, SWIFT CODE □ sur le compte du mandataire de mon choix que j'autorise à percevoir les prestations qui me sont dues						
COMPOSITION DE LA FAMILLE  joindre Copie du livret de famille ou Extrait d'acte de mariage ou Extrait de naissance de votre concubin(e)/pacsé(e) à charge et/ou Certificat de scolarité pour vos enfants à charge entre 18 et 20 ans						
Membres de la famille	Nom de naissance	Prénom(s)	Sexe (F/M)	Date de naissance	N°Sécurité Sociale	
Conjoint(e)/Concubin(e)/Pacsé(e) *						
1er enfant 2e enfant						
3° enfant						
4º enfant 5º enfant						
* S'il n'exerce pas d'activité professionnelle					oit » ci-après :	
ATTESTATION DE LA QUALITE D'AYANT DROIT (A compléter uniquement si vous souscrivez à l'assurance "maladie – maternité - invalidité" de la CFE)						
Je déclare sur l'honneur que mon(a) conjoint(e) ou concubin(e) :						
Est à ma charge totale, effective et permanente depuis le						
professionnelle et ne perçoit, à titre individuel, aucune retraite, pension ou rente						

## **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				
□ VIEILLESSE				
Date d'effet souhaitée : ☐ A partir du 1 <sup>er</sup> jour du trimestre civil en cours ☐ A partir du 1 <sup>er</sup> 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			

La loi 78.17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la CFE et de l'IMS.