

Bulletin d'adhésion



Expatriés français affiliés à la CFE

Salariés

Expatriés français affiliés à la CFE
Salariés

RESUME DES CONDITIONS GENERALES

Votre contrat prend effet le premier jour du mois qui suit la réception de votre bulletin d'adhésion pour une durée initiale de 12 mois. A partir de la deuxième année d'adhésion, la date de renouvellement automatique est le 1^{er} avril.

Vos cotisations sont payables par trimestre au terme à échoir d'avance, **séparément** auprès de la CFE et de Henner.

Les cotisations sont exprimées en tranches d'âge quinquennales jusqu'à 69 ans inclus. Celles-ci évolueront en fonction de l'âge du souscripteur **dès le mois qui suit son anniversaire**. Par ailleurs les cotisations sont modifiables au 1^{er} avril de chaque année (au 1^{er} janvier pour la CFE).

Les appels de cotisations sont transmis par email.

Les prestations CFE et EXPAT DUO sont versées conjointement en un seul versement global sur un compte en France ou à l'étranger.

CFE / délai de carence :

- ▶ Si vous adhérez à la CFE alors que vous êtes déjà à l'étranger depuis plus de 3 mois, la CFE appliquera un **délai de carence de 3 ou 6 mois** selon votre âge (3 mois si vous avez moins de 45 ans / 6 mois si vous avez plus de 45 ans),
- ▶ Une option DUO « **Accident au 1^{er} euro** » couvrant les soins et frais de santé en cas d'accident permet de pallier à l'absence totale de couverture par la CFE.

EXPAT DUO / délais d'attente appliqués à compter de la date d'adhésion :

- ▶ **Frais liés à la maternité : 10 mois**
- ▶ Actes dentaires, frais d'optique, prothèses médicales, orthodontie enfant et traitement de la stérilité : 6 mois*
- ▶ **Autres soins sauf en cas d'accident ou de maladie inopinée : 3 mois***

*Les délais d'attente de 3 et 6 mois peuvent être supprimés en joignant à votre dossier une attestation d'assurance de niveau équivalent datée du mois précédant votre adhésion, afin de prouver une continuité d'assurance.

Vos garanties santé et assistance

- ▶ L'adhésion doit être réalisée avant l'âge de 68 ans.
- ▶ A partir de 70 ans, le contrat peut être conservé à vie en Formule 1 ou 2.
- ▶ Toute la famille bénéficie des mêmes garanties santé.
- ▶ Les Boosters niveaux 1 et 2 ne peuvent pas être cumulés entre eux.
- ▶ L'assistance rapatriement sanitaire bénéficie à l'ensemble des membres de la famille.

Vos garanties prévoyance (Décès et Arrêt de travail)

- ▶ Couvrent uniquement le chef de famille, porteur du contrat et en activité salarié **avant l'âge de 60 ans**,
- ▶ **Sont indissociables, l'une ne peut pas être souscrite sans l'autre,**
- ▶ **Sont complémentaires à l'option « Indemnités journalières - décès » de la CFE.**

Conséquences possibles de l'acceptation du bénéficiaire en cas de décès :

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que, dès lors qu'un bénéficiaire accepte le bénéfice du contrat dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur, sa désignation devient irrévocable (article L132-9 du Code des Assurances).

L'acceptation doit obligatoirement être faite selon l'une des deux modalités suivantes : soit par un avenant signé de l'Assureur, de l'adhérent et du bénéficiaire, soit par un acte authentique ou par un acte sous seing privé signé seulement de l'adhérent et du bénéficiaire, mais dans ce dernier cas elle n'a d'effet à l'égard de l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit.

4 VOTRE PACK COMPLEMENTAIRE (HENNER) EN 7 ETAPES

1/ Choisissez la formule de votre choix en remplissant les champs ci-dessous :

Formule 1

Formule 2

Formule 3

Formule 4

Zone A

Zone B

Zone C

Si la CFE m'applique un délai de carence de 3 ou 6 mois :

Je souscris l'option Expat Duo Accident au 1^{er} Euro

Option Adhésion anticipée de la Formule complémentaire (afin que mes délais d'attente débutent plus tôt. A défaut, la Formule complémentaire et les délais d'attente ne débuteront qu'à la date de prise d'effet de l'adhésion CFE c'est-à-dire après la fin du délai de carence de 3 et 6 mois)

2/ Choisissez vos options :

Assistance conseil "avant de partir"

Assistance & Rapatriement Sanitaire

Booster Optique/Dentaire Niveau 1 ou Niveau 2

Responsabilité Civile Option 1 hors États-Unis/Canada ou Option 2 monde entier

Prévoyance : Capital Décès de _____ €

Arrêt de travail : franchise 30 jours 60 jours 90 jours

Pour l'option « Capital décès » :

Je choisis la clause standard : mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement, à défaut mon partenaire de Pacte Civil de Solidarité, à défaut par parts égales, mes enfants nés ou à naître, vivants et non renonçant ou représentés, à défaut, mes héritiers. Attention, pour être bénéficiaire le concubin doit faire l'objet d'une désignation particulière car il ne figure pas au rang de conjoint ou de partenaire de PACS.

Je ne choisis pas la clause standard : je désigne comme bénéficiaire(s) et je précise les noms de naissance et d'usage, prénoms d'état civil (dans l'ordre), prénoms d'usage, dates de naissance, communes et départements de naissance, adresses, liens de parenté, et pourcentages de répartition du capital pour chaque bénéficiaire :

3/ Votre cotisation trimestrielle s'élèvera à : CFE _____ € + EXPAT DUO _____ €

4/ Vous souhaitez payer vos cotisations par : Prélèvement automatique en zone SEPA Carte bancaire Virement

Les cotisations sont appelées d'avance trimestriellement.

5/ Vous souhaitez recevoir votre kit d'adhésion (carte(s), certificat d'affiliation, formulaires) par courrier à :

(1) Adresse en France (2) Adresse à l'étranger

5 VOS REMBOURSEMENTS

Indiquez le compte sur lequel vous souhaitez que vos remboursements soient versés. Vous serez alerté par email.

Titulaire du compte

Nom et adresse de la banque

Numéro de compte Devise du compte

IBAN (si Europe)..... BIC (si hors Europe).....

Je prends note que Henner va percevoir 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 sur le compte bancaire de mon choix.

J'ai bien noté que l'adhésion au présent régime sera effective sous réserve :

- De l'avis favorable du médecin conseil de Henner, cet avis étant donné après examen du questionnaire médical dûment rempli pour chaque bénéficiaire et joint sous pli cacheté à l'attention du médecin conseil à la présente adhésion,
- Du versement d'un acompte par chèque équivalent à 6 mois de cotisations, sauf si le prélèvement automatique ou le paiement par carte bancaire est demandé.

Je soussigné(e) déclare adhérer à l'association Loi 1901" La Garantie Médicale et Chirurgicale" 14 Bd du Général Leclerc 92200 Neuilly sur Seine. Je déclare être informé(e) que la gamme EXPAT fait l'objet de contrats groupe souscrits par La Garantie Médicale et Chirurgicale auprès des assureurs présentés dans les Conditions Générales jointes, régies par le Code des Assurances, avec lesquelles Henner n'a aucun lien d'exclusivité. La GMC a confié la conception, la présentation et la distribution de la gamme EXPAT à Henner, société de gestion et de courtage habilitée ORIAS n° 07002039.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion.

Je soussigné(e) certifie exactes et sincères les informations renseignées dans la présente demande d'adhésion ainsi que les réponses mentionnées sur le questionnaire médical, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur Henner ou les assureurs et produire des sanctions :

- En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle entraînant la nullité du contrat (article L113-8 du Code des Assurances).
- En cas d'omission ou de déclaration inexacte, provoquant une réduction de garantie (articles L113-9 et L132.26 du Code des Assurances).

Je déclare avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services de Henner ou son mandataire peuvent faire l'objet d'enregistrement, dans le cadre de leur programme Qualité et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à Henner.

En cas de réclamation, les modalités et les coordonnées des différents niveaux d'interlocuteurs sont communiquées dans les conditions générales.

Je déclare être informé qu'en cas d'adhésion sur la base de documents scannés, si je choisis de ne pas transmettre les originaux, afin d'éviter la déchéance de mes garanties, je m'engage à les conserver pendant toute la durée de l'adhésion afin de les présenter en cas de contrôle.

Les données à caractère personnel qui sont recueillies dans le cadre de ce document font l'objet – dans le cadre de la législation applicable – d'un traitement dont la finalité est la passation, la gestion (y compris commerciale), et l'exécution de votre contrat d'assurance, elles sont conservées pour la durée nécessaire à son exécution. Ces données sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion de votre contrat, notamment aux partenaires assureurs, assistants et réassureurs intervenant dans la gestion des garanties. Compte tenu de la dimension internationale du groupe Henner, présent dans le monde entier, certaines de vos données à caractère personnel sont susceptibles d'être transférées en dehors de l'Union Européenne (UE) vers d'autres entités du groupe, dans le strict cadre de nos opérations techniques de règlement direct de certains prestataires de santé. Ces opérations sont encadrées par des clauses contractuelles types ou par des règles internes d'entreprise (BCR), garantissant ainsi un niveau de protection aussi élevé qu'en France.

Ces données pourront également faire l'objet, dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, de traitements spécifiques mis en œuvre dans le cadre de :

- La lutte contre la fraude en assurance
- La lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme

Dans tous les cas, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition de toute information vous concernant et figurant sur tout fichier à l'usage de Henner ou des éventuels autres gestionnaires des risques garantis, partenaires assureurs ou tout autre organisme professionnel habilité en écrivant à Henner, Accès/Rectification des Données à Caractère Personnel, 14 boulevard du général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine ou à l'adresse de messagerie suivante : informatique-libertes@henner.com.

J'ai bien noté la faculté légale de rétractation dont je dispose dans un délai de 14 jours à compter de la signature du présent bulletin d'adhésion (article L121-20-12 du Code de la Consommation).

La date effective de l'adhésion sera précisée dans l'attestation d'adhésion adressée par Henner.

J'autorise Henner à traiter mes données de santé pour l'exécution de mon contrat d'assurance.

Mon adresse e-mail pourra être utilisée par Henner pour me proposer des produits complémentaires ou offres de services si je coche la case ci-contre.

Fait à , le

(Faire précéder de la mention "lu et approuvé")

Signature

6 COMPLETEZ LE MANDAT DE PRELEVEMENT HENNER

En signant ce formulaire de mandat SEPA (Single Euro Payments Area ou Espace unique de paiement en euros), vous autorisez Henner à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Henner.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

CRÉANCIER :

Henner GMC 14 bd du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine, France

Identifiant Créancier SEPA

FR56ZZZ414162

Référence Unique de Mandat

--

LE DEBITEUR (VEUILLEZ COMPLETER LES CHAMPS SUIVANTS EN MAJUSCULES) :

Nom / Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville : Pays :
Coordonnées bancaires du compte à débiter (Merci de joindre un Relevé d'Identité Bancaire) :
IBAN : <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
BIC : <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>

LE TIERS-DEBITEUR (SI DIFFERENT DU DEBITEUR) :

Nom / Prénom :
Si vous payez la facture d'une autre personne veuillez indiquer ici son nom et prénom. Si vous payez pour votre propre compte ne pas remplir.

Type de paiement : Récurrent

Fait à : Le : / /

J'accepte d'être informé(e) de mes prélèvements au minimum 5 jours avant l'échéance.

Signature :

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

7 COMPLETEZ LE MANDAT DE PRELEVEMENT CFE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez La Caisse des Français de l'Étranger à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Caisse des Français de l'Étranger.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date du débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier	
Référence unique du mandat : Type de paiement : récurrent <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Siret : 33212389200017	Raison sociale : Caisse des Français de l'Étranger
Nom et prénom de l'adhérent :	N°ICS (identifiant créancier SEPA) : FR69ZZZ237582
Numéro de Sécurité sociale : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nom, adresse et pays de résidence du débiteur :	Nom, adresse et pays du créancier : Caisse des Français de l'Étranger 160 rue des Meuniers BP 100 - 77950 Rubelles - FRANCE
Compte à débiter	
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN	Code international d'identification de votre banque – BIC : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Le : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Signature :

mandat-prélèvement-
SEPA_18112013.odt

8 RASSEMBLEZ L'ENSEMBLE DES ELEMENTS POUR QUE VOTRE DOSSIER SOIT COMPLET

Pour la CFE :

Vous pouvez adhérer à la CFE en ligne (www.cfe.fr).

Dans ce cas, il suffit de nous transmettre la confirmation d'inscription de la CFE.

Si vous ne souhaitez pas adhérer à la CFE en ligne, adressez-nous les éléments destinés à la CFE listés ci-dessous.

Copie de l'**attestation de droits** de votre précédent régime de Sécurité Sociale et, le cas échéant, la notification de votre prise en charge à 100% ou de celle de votre (vos) ayant(s) droit (la copie de la Carte Vitale est inutile) – *A défaut de présentation de ce document si vous êtes à l'étranger depuis plus de 3 mois, la CFE vous appliquera un délai de carence de 3 ou 6 mois selon votre âge.*

Si vous ne possédez pas de numéro de Sécurité Sociale définitif, une copie de votre **extrait de naissance** ou du **livret de famille** (copie des pages comportant vos coordonnées et celles de vos parents),

Si vous êtes titulaire d'une rente d'accident du travail ou d'une pension d'invalidité, la copie de la **notification de la rente ou de la pension**,

Copie de votre **contrat de travail** ou **attestation employeur** mentionnant le salaire brut annuel,

Si vous souscrivez à l'option Vieillesse (retraite) de la CFE, l'**attestation** complétée et signée accompagnée des pièces justificatives listées en page 10.

Pour Henner :

Copie de l'**attestation de votre mutuelle** précédente datée de moins d'un mois, de niveau équivalent afin de supprimer les délais d'attente (excepté pour la maternité),

Questionnaire médical dûment complété pour tous les membres de votre famille et signé, à mettre sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil,

Documents communs CFE et Henner :

Copie de la **carte nationale d'identité** ou **passport** ou autre document officiel justifiant de la nationalité,

1 relevé d'identité bancaire ou postal du compte à débiter en cas de prélèvement en zone SEPA,

1 relevé d'identité bancaire du compte à créditer des remboursements,

Mandats de prélèvement datés et signés (sauf si vous avez opté pour un autre mode de règlement),

Vous adhérez en couple ou en famille ? Adressez également :

Copie du **livret de famille**

ou copie de l'**acte de mariage** pour votre conjoint(e)

ou copie de l'**acte de naissance**, de son **passport** ou de sa **carte nationale d'identité** pour votre concubin(e),

Certificat de scolarité pour vos enfants âgés de 16 ans à 20 ans (les enfants doivent souscrire individuellement à leurs 20 ans).

Une fois tous ces éléments rassemblés, vous n'avez plus qu'à les envoyer avec le **bulletin d'adhésion** à l'adresse suivante (le questionnaire médical doit être adressé dans une enveloppe cachetée) :

Henner - Département individuels Expatriés
14 Bd du Général Leclerc - CS 20058 –
92527 NEUILLY SUR SEINE CEDEX - France

9 COMPLETEZ CE QUESTIONNAIRE MEDICAL

Cochez la case correspondante à la réponse choisie. Une colonne par personne

	Assuré	Conjoint	1 ^{er} Enfant	2 ^{ème} Enfant	3 ^{ème} Enfant	4 ^{ème} Enfant et suivants
Email						
Nom						
Prénom						
Date de naissance						
Sexe						
Taille						
Poids						
Connaissez-vous votre Tension Artérielle ? Si oui, merci de bien vouloir l'indiquer						
Etes-vous actuellement en arrêt de travail pour raison médicale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous interrompu votre activité plus de 15 jours consécutifs pour maladie ou accident au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Suivez-vous actuellement ou avez-vous suivi au cours des 5 dernières années un traitement médical, un régime, une surveillance particulière ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Au cours des 5 dernières années, avez-vous séjourné dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, maison de santé, établissement de cure, service psychiatrique...)?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous subi ou devez-vous subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Etes-vous atteint d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions veuillez nous donner les détails supplémentaires concernant l'époque, les suites éventuelles de la maladie ou de l'accident*:						
Je certifie complètes, exactes et sincères les déclarations ci-dessus et m'engage à fournir au Médecin-conseil de Henner tous les renseignements médicaux dont il aura besoin. Conformément à l'article L.113-8 du Code des Assurances, toute fausse déclaration ou omission entraînerait la nullité de l'assurance						
Fait à le						
Signature(s) de l'adhérent et éventuellement du conjoint, précédée(s) de la mention « lu et approuvé ».						

(*) Vous pouvez si vous le souhaitez répondre sur papier libre qui sera joint au présent questionnaire.

Retournez ce document, au choix :

- ▶ Par courrier sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-conseil avec votre dossier.
- ▶ Par email à : medical.questionnaire@henner.com

COMPLEMENT D'INFORMATION POUR L'ADHESION A L'ASSURANCE VIEILLESSE (RETRAITE)

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.

IMPORTANT : Si vous ne possédez pas de numéro de Sécurité sociale définitif, fournir une copie de votre extrait d'acte de naissance et une copie de votre carte nationale d'identité ou passeport.

Fait à, le

Signature