



## réinventons / notre métier SANTÉ - PRÉVOYANCE EXPATRIÉS

### À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

**CACHET DE L'ENTREPRISE**

Numéro de contrat : \_\_\_\_\_

Raison sociale : .....

N° Siret \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'entreprise \_\_\_\_\_

Date d'adhésion du salarié au contrat \_\_\_\_\_

Adhésion nouvelle     Modification d'une adhésion

### À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : .....

Adresse : .....

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : .....

Email : ..... Adresse à l'étranger : .....

Marié/Mariée     Célibataire     Veuf/Veuve     Divorcé/Divorcée     Vie maritale     Lié/Liée par un PACS ou en concubinage

Zone d'expatriation     Zone 1 (États-Unis)     Zone 2 : Brésil, Canada, Espagne, Hong Kong, Italie, Japon, Royaume-Uni, Russie, Singapour, Suisse.  
 Zone 3 : Reste du monde à l'exception des pays appartenant à la zone 1 et 2

Pays d'expatriation : .....

N° de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Salaire annuel en euros : .....

Statut     Expatrié au 1<sup>er</sup> euro     Expatrié adhérent à la CFE     Détaché affilié à la Sécurité sociale

**Documents à joindre obligatoirement par l'assuré**

Une photocopie de l'adhésion à la CFE si la cotisation choisie est en complément de la CFE     Vos coordonnées bancaires (RIB, coordonnées bancaires à l'étranger)     Une photocopie recto/verso du livret de famille, de la carte d'identité ou du passeport

### MEMBRES DE LA FAMILLE BÉNÉFICIAIRES DU CONTRAT FRAIS DE SANTÉ

Nom	Prénom	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale
Conjoint/Concubine[e] ou lié[e] par un PACS .....	.....	__/__/____	-----
Premier enfant à charge .....	.....	__/__/____	-----
Deuxième enfant à charge .....	.....	__/__/____	-----
Troisième enfant à charge .....	.....	__/__/____	-----
Quatrième enfant à charge .....	.....	__/__/____	-----

**Documents à joindre obligatoirement pour les bénéficiaires**

Pour le concubin : un justificatif de domicile commun        Pour le PACS : une photocopie du Pacte civil de solidarité   

Pour les enfants majeurs (étudiants, formation en alternance, etc.) les documents justifiant de leur situation  
*(photocopie de l'attestation de la sécurité sociale des étudiants, photocopie du contrat de travail, photocopie du certificat de scolarité)*   

Pour les enfants handicapés, une copie de leur carte d'invalidé civil et un justificatif du versement de l'allocation pour adultes handicapés   

### LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Je reconnais être informé(e), conformément à l'article 32 de la Loi du 6 janvier 1978 modifiée, que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour le traitement de mon dossier. Je déclare avoir pris connaissance des articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.  
 Je reconnais être informé(e) que l'assureur, responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, peut communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion ou de l'exécution de mon contrat, à ses intermédiaires d'assurances, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat.  
 Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA - Service Information Clients - 313 Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE Cedex, pour toute information me concernant.  
 Je m'engage à informer l'assureur 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.  
 Je suis informé(e) que ces données peuvent être utilisées par le Groupe AXA pour des prospections commerciales auxquelles je peux m'opposer en cochant la case ci-contre .

Fait à : .....

Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'assuré,  
précédée de la mention  
« Lu et approuvé »