

→ Identification de l'entreprise

Dénomination sociale
Groupe d'appartenance
Sigle
Forme juridique
Activité de l'entreprise
Adresse.....
.....
Tél. Fax
E-mail @
Code NAF N° Siret
Convention Collective Nationale

→ Je soussigné(e)..... (nom de l'interlocuteur)
agissant en qualité de.....

déclare vouloir souscrire aux assurances de la Caisse des Français de l'Étranger (CFE)
pour le personnel expatrié à compter du

→ Garanties retenues

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'Union européenne).

MALADIE/MATERNITÉ/INVALIDITÉ (obligatoire)

Option indemnités journalières incluse (obligatoire)

ACCIDENTS DU TRAVAIL/MALADIES PROFESSIONNELLES

Option voyages d'expatriation aller-retour (facultative)

La base annuelle de cotisations "Accidents du travail" doit être précisée sur chaque demande individuelle d'affiliation.

VIEILLESSE (gérée par l'Assurance retraite)

Pour l'adhésion aux régimes de retraite complémentaire, reportez-vous à la demande individuelle d'affiliation du salarié.

→ **J'atteste l'exactitude des informations ci-dessus et je m'engage à informer la CFE et NOVALIS Prévoyance de toute modification.**

Cachet de l'entreprise

Fait à
le
Signature (précédée de la mention "lu et approuvé")

- 1 -

La loi 78.17 du 6 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 NOVALIS Prévoyance.

Suite pages 2 et 3 →

Demande de **souscription** Entreprise au contrat collectif obligatoire de NOVALIS Prévoyance

→ Identification de l'entreprise

Dénomination sociale
Groupe d'appartenance
Sigle
Forme juridique
Activité de l'entreprise
Adresse.....
.....
Tél. Fax
E-mail @
Code NAF N° Siret
Convention Collective Nationale

→ Je soussigné(e)..... (nom de l'interlocuteur)
agissant en qualité de.....

déclare vouloir souscrire au contrat collectif à adhésion obligatoire de NOVALIS Prévoyance pour le personnel défini ci-après travaillant hors du territoire français et de son pays d'origine :

non cadres cadres ensemble du personnel
suite à un accord collectif un référendum une décision unilatérale de l'employeur

Part de cotisation à la charge de l'employeur..... %

→ Garanties retenues

→ **Tarification** unique isolé/famille

Frais de santé et assistance/rapatriement

Zone d'expatriation : Canada, États-Unis, Japon ou Suisse Nombre de salariés
Formule : niveau 1 niveau 2 niveau 3

Zone d'expatriation : Monde entier hors Canada, États-Unis, Japon et Suisse Nombre de salariés
Formule : niveau 1 niveau 2 niveau 3

Décès ou Invalidité absolue et définitive Formule : DC1 DC2 DC3

Arrêt de travail (incapacité temporaire/invalidité permanente - IT/IP uniquement en complément de la garantie Décès)

Formule : IT/IP1 IT/IP2 IT/IP3 Nombre de salariés
Franchise : 30 jours 60 jours 90 jours Masse salariale trimestrielle €

→ **J'atteste l'exactitude des informations ci-dessus et je m'engage à informer la CFE et NOVALIS Prévoyance de toute modification.**

Cachet de l'entreprise

Fait à
le
Signature (précédée de la mention "lu et approuvé")

- 2 -

La loi 78.17 du 6 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 NOVALIS Prévoyance.

Suite page 3 →

Liste du personnel visé par l'adhésion

Dénomination sociale de l'entreprise

Sigle non cadres cadres ensemble du personnel

PERSONNEL EN ACTIVITÉ

Situation de famille*	Pays de mission	Nationalité	Non cadre/cadre	Salaire brut annuel déclaré en €	Date d'expatriation
Nom - Prénom(s)					
N° Sécurité sociale/CFE					
Nom - Prénom(s)					
N° Sécurité sociale/CFE					
Nom - Prénom(s)					
N° Sécurité sociale/CFE					
Nom - Prénom(s)					
N° Sécurité sociale/CFE					
Nom - Prénom(s)					
N° Sécurité sociale/CFE					
Nom - Prénom(s)					
N° Sécurité sociale/CFE					
Nom - Prénom(s)					
N° Sécurité sociale/CFE					
Nom - Prénom(s)					
N° Sécurité sociale/CFE					
Nom - Prénom(s)					
N° Sécurité sociale/CFE					
Nom - Prénom(s)					
N° Sécurité sociale/CFE					

* C (célibataire) - M (marié/e) - P (pacsé/e) - D (divorcé/e) - V (veuf/ve) - suivi du nombre d'enfants à charge, exemple : M2 (marié avec 2 enfants).

PERSONNEL EN ARRÊT DE TRAVAIL

Personnel en incapacité temporaire de travail totale ou partielle

Nom - Prénom(s)	Motifs arrêt de travail	Date arrêt	Salaire de base	Indemnités journalières de la Sécurité sociale ou CFE	Montant du complément Prévoyance	Indice de revalorisation

Personnel en invalidité permanente

Nom - Prénom(s)	Date de la mise en invalidité	Coefficient ou catégorie d'invalidité	Rente de base	Rente de la Sécurité sociale ou CFE	Indice de revalorisation

Pour toute déclaration complémentaire, les listes pourront être établies sur une photocopie de ce document.

→ J'atteste l'exactitude des informations ci-dessus.

Fait à

le

Signature et cachet de l'entreprise

Si nécessaire, merci de joindre :

- le justificatif de la résiliation de votre propre fait d'un régime prévoyant des garanties similaires,
- les demandes individuelles d'affiliation complétées par les salariés,
- le cas échéant, les questionnaires médicaux complétés par les salariés concernés et datant de moins d'un mois.

La loi 78.17 du 6 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 NOVALIS Prévoyance.