

BULLETIN D'AFFILIATION VOLONTAIRE

NOM DU SOUSCRIPTEUR Service volontaire Internationale

Adresse 75 rue Léon Gambetta

Code Postal 59000 Commune Lille

L'ASSURE

Nom Nom de jeune fille

Prénom Nationalité

Date de Naissance Lieu (copie pièce d'identité)

N° sécurité sociale Sexe

Situation de famille (célibataire, marié, pacsé, Vie Maritale,..)

Adresse

N° téléphone portable

Adresse e-mail :@.....

AYANTS DROIT

Je déclare sur l'honneur que mon conjoint
 la personne avec laquelle je vis maritalement
 la personne à laquelle je suis lié(e) par un pacs

Madame Monsieur. Nom Prénom ⁽¹⁾

N'exerce pas d'activité professionnelle, En cas d'activité professionnelle, précisez le montant annuel.....

N'a pas de ressources personnelles. En cas de ressources personnelles, précisez le montant annuel.....

Je confirme que la personne désignée ci-dessus est bien à ma charge totale, effective et permanente depuis le

Nombre d'enfant(s) à charge ⁽²⁾ :

⁽¹⁾ **Joindre la copie d'une pièce d'identité. Un extrait d'acte de naissance si le/la conjoint(e) de nationalité étrangère.**

⁽²⁾ **Extrait d'acte de naissance, ou copie du livret de famille**

Pour les enfants à charge de plus de 16 ans, s'ils continuent des études, nous vous remercions de joindre un certificat de scolarité.

Attention: pour les garanties **en complément de la CFE** le conjoint travaillant ainsi que les enfants âgés de 20 ans et plus et continuant leurs études, une affiliation personnelle supplémentaire à la CFE est requise.

MISSION DE L'ASSURE(E)

Activité : VSI Service civique Autre :

Durée de la Mission : A partir du Jusqu'au

(Date d'effet de l'assurance)

(Si la date de fin de mission est connue)

Adresse

Ville Pays.....

BULLETIN D’AFFILIATION VOLONTAIRE

INFORMATIONS DESTINEES A LA CFE

NUMERO DE MANDATAIRE CFE PREVIES NUMERO 006181416.....

MALADIE, MATERNITÉ, INVALIDITÉ

- Option indemnités journalières, capital décès OUI NON
- Rémunération mensuelle moyenne inférieure au plafond de la sécurité sociale (1) OUI NON

ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

- Option voyage d’expatriation OUI NON
- Base annuelle des cotisations choisies OUI NON
..... €

VIEILLESSE (GÉRÉE PAR LA CNAV) (2)

- Rémunération mensuelle moyenne inférieure au plafond de la sécurité sociale (2) OUI NON

(1) Si non, joindre une attestation de l’employeur (précisant le salaire mensuel moyen brut (primes et indemnités comprises)
(2) Si le/la volontaire ne possède pas de numéro de sécurité sociale définitif, fournir une copie de son extrait d’acte de naissance avec filiation).

INFORMATIONS DESTINEES A VERSPIEREN BENEFITS

DESIGNATION DU BENEFICIAIRE AU CAPITAL DECES :

- 1^{ère} formule : J’opte pour la désignation type figurant ci-dessous :
En cas de décès, le capital sera attribué : au conjoint, à défaut, aux descendants de l’Assuré, par parts égales entre eux, la part du précédé revenant à ses propres descendants ou à ses frères et sœurs s’il n’a pas de descendants, à défaut, aux descendants de l’Assuré par parts égales entre eux, la part du précédé revenant au suivant, à défaut, aux héritiers.

- 2^{ème} formule : Je déclare annuler la 1^{ère} formule et désigner comme bénéficiaire

.....
.....
.....

- J’ai noté que je bénéficie des garanties figurant dans les notices d’information.
- J’ai noté que VERSPIEREN BENEFITS va percevoir les remboursements de frais médicaux et d’hospitalisation qui me sont dus par la CFE, afin que soit effectué un remboursement unique comprenant les garanties de base et complémentaire sur mon compte bancaire. **Joindre un RIB** Par ailleurs, je m’engage à conserver les originaux de feuilles de soins pendant 2 ans et à les présenter à la CFE ou VERSPIEREN BENEFITS sur simple demande.
- Je soussigné(e)
Certifie la validité des renseignements fournis dans ce bulletin d’affiliation et je m’engage à informer la CFE et VERSPIEREN BENEFITS de tout changement dans ma situation et/ou celle de mes ayants droit.
J’autorise la diffusion des informations administratives et médicales me concernant à la CFE et VERSPIEREN BENEFITS.
Je certifie que toutes les déclarations ou réponses faites sont sincères et à ma connaissance complètes et exactes.

Signature de l’affilié(e) (précédé de la mention « Lu & approuvé ») Fait à le.....

CACHET DU SOUSCRIPTEUR

NOUS VOUS REMERCIONS D’AVOIR REMPLI CE FORMULAIRE D’AFFILIATION ET DE LE RENVoyer A :
VERSPIEREN BENEFITS – 8 Avenue du Stade de France – 93218 La Plaine Saint Denis Cedex
A l’attention de Madame Rita HOUSSINON – ☎ +33.1.49.64.13.20 - Fax +33.1.49.64.13.22 - e.mail : rhouessinon@verspieren.com

Je reconnais avoir été informé(e) qu’eu égard aux informations contenues dans le présent document, je dispose du droit d’accès et de rectification prévu par la loi du 06/01/78 relative à l’informatique et aux libertés. Ces informations peuvent être communiquées à toutes les personnes intervenant à titre professionnel dans la gestion et l’exécution du contrat d’assurance.