

Bulletin d'adhésion à l'assurance « maladie - maternité »
Option « invalidité - indemnités journalières - capital décès » (réservée aux salariés et conjoints salariés)

→ Ce formulaire et les pièces justificatives peuvent être envoyés par courrier ou par e-mail à : contact@cfe.fr.
Pour un traitement plus rapide de la demande d'adhésion, il est possible d'adhérer en ligne.

FrancExpat Santé FAMILLE consiste en la prise en charge des soins et hospitalisations intervenus en France uniquement.

Les modalités de remboursement sont identiques à celles appliquées par le régime obligatoire français. Le détail des garanties est disponible sur le site : www.cfe.fr.

FrancExpat Santé Famille doit être souscrit au nom du conjoint le plus âgé. Le montant des cotisations varie en fonction de l'âge de l'adhérent principal. 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).

1 Identification

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom de naissance :

Nom marital (ou d'usage) :

Prénom(s) :

Date de naissance : Nationalité :

Ville de naissance : Pays de naissance :

2 Situation

Pays d'expatriation : À compter du :

Jusqu'à cette date, je résidais : ou depuis le :

en France à l'étranger (préciser le pays) :

À l'étranger, je suis ou serai :

salarié(e) travailleur(euse) non salarié(e) étudiant(e) sans activité autre

Date de prise en charge par le précédent organisme de protection sociale :

J'indique également le nom de l'organisme qui assurait ma protection sociale jusqu'à cette date :

.....

Ai-je conservé ma carte Vitale ? oui non

3 Adhésion

Je choisis de souscrire à l'assurance **FracExpat Santé FAMILLE** à compter du :

Je suis salarié(e) et je choisis de cotiser à l'option « invalidité - indemnités journalières - capital décès »

oui non

Si oui, préciser l'employeur à l'étranger (nom et adresse) :

.....

.....

Depuis le : Profession :

Mon/ma conjoint(e) est salarié(e) et choisit de cotiser à l'option « invalidité - indemnités journalières - capital décès »

oui non

Si oui, préciser l'employeur à l'étranger (nom et adresse) :

.....

.....

Depuis le : Profession :

La date d'adhésion souhaitée ne sera retenue que dans la limite de la législation applicable et suivant la date de réception de votre demande par la CFE.

4 Coordonnées

J'indique ci-après mes coordonnées :

E-mail* :@

Adresse domicile :

.....

.....

Tél :

*** J'ai bien noté que les documents émis par la CFE seront disponibles et téléchargeables à partir de mon espace personnel. Je recevrai des notifications par mail lors de la mise à disposition des nouveaux documents sur mon espace personnel. Je m'engage à informer la CFE du changement de mon adresse électronique.**

5 Paiement des cotisations et remboursement des frais de santé

Mes appels de cotisations et mes avis de remboursement seront disponibles dans mon espace personnel que je devrai activer sur le site de la CFE (www.cfe.fr) après confirmation de mon inscription.

Pour un prélèvement automatique des cotisations (sur un compte zone SEPA uniquement), compléter le formulaire (disponible en dernière page de ce bulletin d'adhésion).

Pour recevoir les remboursements sur un compte différent de celui communiqué pour le prélèvement des cotisations, merci de l'indiquer dans le formulaire en dernière page.

6 - Personnes à couvrir : conjoint(e) et/ou enfant(s) jusqu'à 20 ans (à condition de résider à l'étranger)

Le numéro de Sécurité sociale est à indiquer si connu, mais n'est pas bloquant pour l'adhésion.

CONJOINT(E)

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Civilité : M. Mme

Nom de naissance :

Nom marital (ou d'usage) :

Prénom :

Date de naissance :

Ville de naissance : Pays de naissance :

Nationalité :

Il/elle est : salarié(e) travailleur(se) indépendant(e) étudiant(e) retraité(e) sans activité

Il/elle possède une carte Vitale : oui non

E-mail :

ENFANT(S)

	Prénom(s)	Nom(s)	Numéro de Sécurité sociale	Date de naissance	Adresse mail (si plus de 16 ans)
Enfant 1	_ _ _
L'enfant 1 possède-t-il une carte Vitale ?			oui non		
Enfant 2	_ _ _
L'enfant 2 possède-t-il une carte Vitale ?			oui non		
Enfant 3	_ _ _
L'enfant 3 possède-t-il une carte Vitale ?			oui non		
Enfant 4	_ _ _
L'enfant 4 possède-t-il une carte Vitale ?			oui non		
Enfant 5	_ _ _
L'enfant 5 possède-t-il une carte Vitale ?			oui non		

7 Pièces à joindre à votre dossier

ATTENTION, les dossiers incomplets ne pourront pas être traités. Merci de joindre les pièces justificatives suivantes :

- Copie de la carte nationale d'identité ou du passeport.
- Copie du livret de famille, extrait d'acte de mariage, extrait de naissance, à défaut attestation de PACS pour mes ayants droit (si la pièce d'identité n'indique pas le lien de parenté) ou attestation sur l'honneur de concubinage.
- Si l'un de mes ayants droit ou moi-même bénéficions d'une exonération (affection de longue durée, stérilité, maternité...), copie de la notification de prise en charge et de l'autorisation de transfert du dossier médical (le formulaire est à télécharger sur notre site internet www.cfe.fr rubrique « Documents clés »).

Pour mes remboursements réalisés par la CFE :

- Relevé d'identité bancaire ou postal.
- ou
- Une attestation de ma banque en France ou à l'étranger.

Pour les États-Unis et le Canada, merci de joindre un chèque annulé au nom de l'adhérent principal.

Pour une adhésion à l'option « invalidité - indemnités journalières - capital décès » :

- Copies certifiées conformes par l'employeur de mes trois derniers bulletins de salaire.
- ou à défaut,
- Si l'activité est exercée à l'étranger depuis moins de trois mois : une attestation de l'employeur ou copie (certifiée conforme) du contrat de travail précisant le salaire mensuel brut moyen avant toutes les déductions sociales et fiscales (primes et indemnités comprises) et la date d'embauche.

Ce formulaire et les pièces justificatives peuvent être envoyés par courrier ou par e-mail à contact@cfe.fr

Les informations collectées sont susceptibles de faire l'objet d'un traitement. Ces données sont obligatoires pour le traitement de mon dossier. Elles seront utilisées pour me recontacter, me fournir les informations demandées et seront conservées pendant une durée conforme à la réglementation en vigueur. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Ces droits peuvent être exercés en m'adressant à : contactdpo@cfe.fr.

La CFE s'engage à ne pas céder ces informations à des tiers à des fins commerciales.

En cochant cette case, je consens pour moi-même et pour les personnes ci-dessus désignées au traitement de nos données personnelles, conformément à la politique de protection des données, consultable sur le site : <https://www.cfe.fr/fr/mentions-legales>.

J'accepte de recevoir les informations commerciales de la CFE.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document et m'engage à signaler à la CFE toute modification de ma situation et notamment tout changement de pays. De même, j'atteste avoir pris connaissance des conditions d'adhésion et déclare les accepter (les fraudes ou fausses déclarations exposent à l'application de pénalités, à la radiation, à la peine d'amende et/ou d'emprisonnement : article L766-4-2 du code de la Sécurité sociale ; articles 313-1, 313-2-5, 441-1 et 441-6 du code pénal).

Fait à : Le :

Signature :

Ne pas oublier de joindre les pièces justificatives

Autres garanties : accident de travail et/ou retraite de base

Les Français exerçant une activité salariée à l'étranger ont la possibilité de souscrire en plus et en complément une garantie pour les risques professionnels et/ou une garantie ouvrant droit à une retraite de base française.

Formulaire d'adhésion spécifique disponible sur le site www.cfe.fr

Demande de prélèvement automatique



Trois bonnes raisons de choisir le prélèvement automatique

- **Contrôle et maîtrise totale :** à tout moment, je peux annuler mon accord de prélèvement.
- **Facilité :** un simple formulaire à remplir et à signer qui libère définitivement des formalités habituelles.
- **Efficacité :** oubli, retard, incidents postaux ne me concernent plus.

Mandat de prélèvement SEPA

J'autorise la Caisse des Français de l'Étranger à envoyer des instructions à ma banque pour débi- ter mon compte.

Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée dans les huit semaines suivant la date du débit de mon compte pour un prélèvement autorisé.

Les informations recueillies dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par la CFE que pour la gestion des prélèvements automatiques des cotisations de ses adhérents. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations me concernant que je peux exercer en m'adressant au responsable de traitement : **CFE • 160, rue des Meuniers – CS 70238 Rubelles • 77052 Melun Cedex – France.**

ZONE À REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Siret : 33212389200017

Raison sociale : Caisse des Français de l'Étranger

N°ICS (identifiant créancier SEPA) : FR69ZZZ237582

Nom, adresse et pays du créancier : CFE • 160, rue des Meuniers – CS 70238 Rubelles • 77052 Melun Cedex – France

Nom et prénom du titulaire du compte :

Nom, adresse et pays de résidence du débiteur :

Compte à débiter : numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN

||||| ||||| ||||| ||||| ||||| ||||| ||||| |||||

Code international d'identification de votre banque – BIC : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

Compte bancaire pour les remboursements : si différent du précédent (attention, le titulaire du compte doit être l'adhérent principal)

Nom et prénom du titulaire du compte :

Compte à créditer : numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN

||||| ||||| ||||| ||||| ||||| ||||| ||||| |||||

Code international d'identification de votre banque – BIC : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|