ENTREPRISE MANDATAIRE

REPRESENTATIVE COMPANY

Feuillet d'information permettant la création de l'entité

Application form (for companies or organisations)

Ce formulaire peut être envoyé par courrier ou sous format dématérialisé à l'adresse e-mail : **entreprises@cfe**

This subscription form can be sent with the proof of entitlement by email at: entreprises@cfe.fr

1. IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

COMPANY DETAILS

Raison sociale .....
Company name

Adresse .....
Postal address

.....

Tél. ..... N° de Siret .....
Company telephone number *Siret number*

Code NAF ..... Nombre total de salariés .....
Naf code *Total number of employees*

Nombre de salariés expatriés ☐ - de 10 ☐ + de 10 ☐ 11 - 99 ☐ 100 - 399 ☐ + de 400
Number of expatriate employees

Nom du correspondant de l'entreprise pour le suivi administratif .....
Contact Name

Fonction occupée dans l'entreprise .....
Job function

Tél. ..... E-mail .....
Contact telephone number *E-mail address*

L'entreprise appartient-elle à un groupe ? ☐ oui ☐ non
Does the company is the head office? *yes* *no*

Si « oui », nom de la société mère .....
If « no », name of the parent company

Adresse postale .....
Mail address

L'entreprise est-elle une association de volontariat ,
Is this a non profit organisation with staff being mainly volunteers? ☐ oui ☐ non
yes *no*

2. ASSURANCES SOUSCRITES

INSURANCES SUBSCRIBED

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).
Subscribing to our insurance does not exempt from duties of the country of expatriation (including European Union countries).

L'entreprise demande l'adhésion de son personnel aux assurances suivantes :
The employer subscribes for its employees to the following insurance policies:

MALADIE – MATERNITÉ – INVALIDITÉ ☐ oui ☐ non
ILLNESS – MATERNITY – DISABLEMENT *yes* *no*

- Option indemnités journalières, capital décès ☐ oui ☐ non
  Daily compensations, death benefit *yes* *no*

ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES ☐ oui ☐ non
WORK-RELATED-INJURY – OCCUPATIONAL ILLNESSES *yes* *no*

IMPORTANT : la base annuelle de cotisations accidents du travail doit être précisée sur chaque bulletin individuel d'adhésion des salariés.

IMPORTANT: the contributions for accidents at work could be defined by the employer or could be based on the salary of each employee. This should be specified on each individual employee form.

- En cas d'arrêt de travail de l'un de vos salariés, souhaitez-vous mettre en place la subrogation pour le paiement des indemnités journalières ? (Si oui, il convient de joindre un RIB pour le paiement des dites indemnités) ☐ oui ☐ non
  In the event of one of your employees being on sick leave, would you like to implement subrogation for the payment of daily allowances? *yes* *no*
  (If yes, please attach a bank account statement (Bank Account Number) for the payment of said allowances.)

VIEILLESSE (gérée par l'Assurance Retraite) ☐ oui ☐ non

RETIREMENT (managed by the French Assurance retraite) *yes* *no*

3. APPEL DES COTISATIONS

INVOICE SUBSCRIPTIONS

L'appel des cotisations CFE sera envoyé par mail au correspondant désigné ci-dessous.
The invoice will be sent by e-mail to the representative company designated below.

Nom du correspondant de l'entreprise concernant les cotisations
.....
Name of company contact person for invoice subscriptions

Tél. ..... E-mail .....
Telephone number *E-mail address*

4. ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

SUPPLEMENTARY INSURANCE

Cette partie doit être impérativement complétée si l'entreprise demande l'adhésion de son personnel à l'assurance maladie – maternité – invalidité et (ou) à l'assurance accidents du travail – maladies professionnelles.
This part have to be filled in whether if the company requests coverage of its employeesl by illness – maternity – disablement insurance and (or) accidents at work – occupational diseases insurance.

L'entreprise a signé un contrat d'assurance pour une couverture complémentaire des soins ☐ oui ☐ non
The company has signed a health insurance policy for supplementary coverage of treatment *yes* *no*

Si « oui », coordonnées de la mutuelle ou de la compagnie d'assurance complémentaire (nom et adresse postale) :
If "yes", details of mutual benefit or of the supplementary insurance company (name and mail address):

.....

Si « oui », la complémentaire s'applique-t-elle également au conjoint et-ou enfant(s) du salarié ? oui non
If "yes", does the mutual health insurance coverage also extend to the employee's spouse and/or child(ren)? *yes* *no*

5. AVIS DE REMBOURSEMENT

REIMBURSEMENT NOTICES

Les avis de remboursements seront déposés dans l'espace personnel du salarié.
The reimbursement notices will be made available on the CFE personal space of the employee.

6. PIÈCES À JOINDRE

DOCUMENTS TO ATTACH

Pour les sociétés étrangères, joindre un justificatif :
For foreign companies, please attach supporting documentation

- Certificat d'immatriculation : ce document montre que l'entreprise est officiellement enregistrée dans le pays d'origine
  Certificate of incorporation: this document shows that the company is officially registered in its country of origin.

OU
Or

- Les statuts de la société
  The company's articles of association

7. DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT DE COTISATION

DEBIT REQUEST FOR SUBSCRIPTION

Trois bonnes raisons de mettre en place le prélèvement automatique

Three good reasons to establish the debit request

- Contrôle et maîtrise totale : à tout moment, vous pouvez annuler votre accord de prélèvement.
  Full control: you can stop the debit request at anytime.
- Facilité : un simple formulaire à remplir et à signer vous libère définitivement des formalités habituelles.
  Simple fillable form to sign saves you for good to usual formalities.
- Efficacité : oubli, retard, incidents postaux ne vous concernent plus.
  Effectiviness: oversight, delay, postal incidents are not applying to you anymore.

Votre numéro de mandataire : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Your representative number:

Mandat de prélèvement SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

J'autorise la Caisse des Français de l'Étranger à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et j'autorise ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de la Caisse des Français de l'Étranger.

I agree the CFE (Caisse des Français de l'Etranger) to send instructions to my bank for debiting my account, and I allow my bank to debit my account in accordance with the instructions of the CFE (Caisse des Français de l'Etranger).

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 huit semaines suivant la date du débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

You have the right to be refund by your bank in accordance with the agreement that you have signed with them. Any request of refund must be filled within eight weeks from the date of your account's debit for a allow debiting.

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, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de traitement : Monsieur le Directeur de la CFE · CFE · 160, rue des Meuniers · CS 70238 Rubelles · 77052 Melun Cedex · France.

The informations collected in this mandate are intented to be used by the CFE (Caisse des Français de l'Etranger) only for managing the pre-autorized contribution's payment of its members. In accordance with the French Data Protection and Freedom of Information Law (Loi Informatique et Libertés) of the sixth of January amended in 2004, you have the right of access and withdrawal to your informations, that you can use by dealing with our responsible do processing: Mr Director-Genral of the CFE (Caisse des Français de l'Etranger · CFE · 160, rue des Meuniers · CS 70238 Rubelles · 77052 Melun Cedex · France.

Référence unique du mandat (RUM) : il sera rempli par la CFE et vous sera communiqué sur votre prochain appel de cotisation :

Unique mandate reference (RUM) : it will be filled by the CFE (Caisse des Français de l'Etranger) and it will be communicated in your next call for contribution.

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ZONE À REMPLIR PAR L'ENTREPRISE OU PAR LE GROUPE *Section to complete by the company*

Raison sociale : ..... *Company name:* **Siret de l'entreprise :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| *Siret number of the company:*	**Raison sociale :** Caisse des Français de l'Étranger *Campany name:* **Siret :** 33212389200017 *Siret Number of the CFE:* **N°ICS (Identifiant Créancier SEPA) :** FR69ZZZ237582 *Number ICS (Creditor Identifier SEPA):*
Nom, prénom, adresse et pays de résidence du débiteur : *Name, surname, address and country of residence of the debtor:*	**Nom, adresse et pays du créancier (CFE) :** *Name, address and country of the creditor (CFE):* CFE 160, rue des Meuniers – CS 70238 Rubelles 77052 Melun Cedex – France
Compte à débiter *Account to be charged*	
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN *Number of international identification of the bank account – IBAN* |_|_|_|_||_|_|_|_||_|_|_|_||_|_|_|_||_|_|_|_||_|_|_|_||_|_|_|_||_|_|	**Code international d'identification de votre banque – BIC** *International identification code of the bank – BIC* |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Le : *Date:*	**Nom, prénom et signature du représentant de l'entreprise :** *Name, surname and signature of the company representative:* ....

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à informer la CFE de toute modification. Les fraudes ou fausses déclarations exposent à l'application de pénalités, à la radiation, à des peines d'amende ou d'emprisonnement : articles L766-4-2 du code de la Sécurité sociale ; articles 313-1, 313-2 5, 441-1 et 441-6 du code pénal.

I certify the accuracy of the above information and agree to inform the Caisse des Français de l'Étranger of any change. Frauds or false statements expose to penalties, to radiation, to fine or detention sentences: French Law L766-4-2 (Social Security Code); articles 313-1, 313-2 5, 441-1 and 441-6 (Penal Code).

Cachet de l'entreprise ou du groupe obligatoire :
Company stamp:

Fait à : .....
Signed at:

Le : .....
Date:

Nom et prénom du signataire :
Name and surname of the signatory:

Signature :
Signature:

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des dossiers de Sécurité sociale des Français de l'étranger. Les destinataires des données sont : les organismes de protection sociale français, les caisses de retraite, les organismes gestionnaires de complémentaire santé, le ministère des Affaires étrangères, les établissements et professionnels de santé, les employeurs mandatés et les organismes bancaires. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de traitement : Monsieur le Directeur de la CFE, CFE - 160 rue des Meuniers - CS 70238 - 77052 Melun Cedex France.

This information is exclusively intended for CFE and is subject to automated processing used for compliance with legal requirements and for the purposes of the services offered by the Social Security for French expatriates. As provided by the French law of January 6, 1978 on Data Protection ("loi Informatique et Libertés"), amended in 2004, you have the right to access, rectify any personal information that we have on file pertaining to you. You may exercise this right by writing to the data controller: Mr. Director CFE — 160 rue des Meuniers — 77052 Melun Cedex – France.

Ce formulaire peut être envoyé par courrier ou sous format dématérialisé à l'adresse e-mail : **entreprises@cfe.fr**

*This form can be sent by post or, as an attachment, by email to: **entreprises@cfe.fr***