



➔ 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**.

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).

3 Adhésion

Je choisis de souscrire à l'assurance **RetraitExpat Santé FAMILLE** à compter du : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

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 aussi des notifications par mail 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) et joindre un relevé d'identité bancaire.

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 18 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)

[illegible]

Civilité : ☐ M. ☐ M^{me}

Nom de naissance :

Nom marital (ou d'usage) :

Prénom :

Date de naissance : | | | | | | | | | |

Ville de naissance : Pays de naissance :

Nationalité :

Il/elle possède une carte Vitale : ☐ oui ☐ non

ENFANT(S)

[illegible]

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 en cours de validité de l'assuré principal.
- Pour les ayants droit :
 - Conjoint(e) ou concubin(e) : copie de la pièce d'identité en cours de validité, accompagnée d'un justificatif de lien de parenté (copie du livret de famille, acte de mariage, acte de naissance, attestation de PACS ou attestation sur l'honneur de concubinage).
 - Enfant(s) : copie de la pièce d'identité en cours de validité si l'enfant en possède une, accompagnée d'un justificatif de lien de parenté (copie du livret de famille, de l'acte de naissance...). Si l'enfant n'a pas de pièce d'identité, il suffira de fournir uniquement le justificatif de lien de parenté.
- Copie des titres de pension de base française (recto/verso) obligatoire, précisant le nombre de trimestres cotisés et la date d'effet pour l'assuré principal et son éventuel(le) conjoint(e).
- Attestation de droits des régimes obligatoires français en cours (Ameli, CNMSS, MSA, ...).
- 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, je joins un chèque annulé à mon nom.

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 vous 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 mes données personnelles, conformément à notre politique des données, consultable sur notre site : <https://www.cfe.fr/fr/mentions-legales>.
- ☐ J'accepte également 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 de 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 :



Bulletin d'adhésion à l'assurance « maladie - maternité »



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

Mandat de prélèvement SEPA

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.

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 • contactdpo@cfe.fr**.

--> Joindre un relevé d'identité bancaire pour valider l'autorisation de prélèvement

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 (la CFE) : 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[illegible]

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[illegible]

Code international d'identification de votre banque – BIC :

Le: | | | / | | | / | | |

Signature :