



## Couverture santé monde entier, excepté en France



Ce formulaire et les pièces justificatives peuvent être envoyés par courrier ou par e-mail à : [contact@cfefr](mailto:contact@cfefr). Pour un traitement plus rapide de la demande d'adhésion, il est possible [d'adhérer en ligne](#).

**RetraitExpat Santé SOLO** consiste en la prise en charge des soins et hospitalisations intervenus dans le monde entier, excepté en France.

Les remboursements dépendent du pays d'exécution des soins et des typologies d'actes. Les taux de remboursement ou les forfaits de prise en charge s'appliquent sur la dépense engagée. Le détail des garanties est disponible sur le site : [www.cfe.fr](http://www.cfe.fr).

Pour adhérer à l'offre **RetraitExpat Santé SOLO**, vous devez impérativement être sans activité professionnelle et retraité d'une pension du régime de base français (métropole et DROM). Vous devez également remplir l'une des conditions suivantes :

- Avoir cotisé pendant au moins 15 ans au régime de base français  
OU
  - Résider dans un pays de l'UE, de l'EEE, en Suisse, au Royaume-Uni, ou dans un pays où une convention bilatérale prévoit la prise en charge des soins par la France : Andorre, Québec, Saint-Pierre-et-Miquelon, Serbie, Bosnie-Herzégovine, Monténégro, Kosovo, Macédoine, Maroc, Tunisie.  
OU
  - Avoir cotisé à la retraite de base française pendant au moins 10 ans, si avant le 1er juillet 2019, vous bénéficiez déjà d'une prise en charge de vos soins en France par le régime général, lors de vos séjours temporaires.

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

Nom de naissance : .....

Nom marital (ou d'usage) : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : [ ]- [ ]- [ ]- [ ]- [ ]- [ ] Nationalité : .....

Ville de naissance : ..... Pays de naissance : .....

## 2 Expatriation

Pays d'expatriation : .....

1) Vous vivez déjà dans votre pays d'expatriation depuis le : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

2) Ou vous allez partir en expatriation à compter du : |\_|\_|\_ |\_|\_|\_ |\_|\_|\_|\_|\_|

Avant mon expatriation dans le pays ci-dessus, je résidais :

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

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

Si vous aviez une assurance santé obligatoire jusqu'à cette date, veuillez indiquer le nom de l'organisme :

Avez-vous conservé votre carte Vitale ?  oui  non

## 3 Adhésion

Je choisis de souscrire à l'assurance **RetraitExpat Santé SOLO** 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 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](http://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 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 en cours de validité.
- Copie des titres de pension de base française (recto/verso) obligatoire, précisant le nombre de trimestres cotisés et la date d'effet.
- Attestation de droits des régimes obligatoires français en cours (Ameli, CNMSS, MSA, ...)
- Si je bénéficie 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](http://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@cfefr](mailto:contact@cfefr)**

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@cfefr](mailto:contactdpo@cfefr).

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

En cochant cette case, je consens au traitement de mes 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**



## Couverture santé monde entier, excepté en France

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

Je bénéficiai 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@cfefr](mailto:contactdpo@cfefr).**

--> 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 :** 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 : | | | | | | | | | |

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

**Signature :**