



### 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.

**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@cfe.fr](mailto: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](mailto: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 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 :**

