



→ **Ce formulaire et les pièces justificatives peuvent être envoyés par courrier ou par courriel à : fichier@cfe.fr**

La garantie **Covid.19 Santé FAMILLE** consiste, pour vous-même et les membres de votre famille, en la prise en charge de vos soins et hospitalisations intervenus à l'étranger. Ce contrat est réservé à tous les nouveaux adhérents impactés par le Coronavirus pour une **durée d'engagement minimale de 6 mois**. À ce terme, votre contrat santé sera radié. Une période de carence de 21 jours sera appliquée pour tous les adhérents. L'adhérent principal doit être la personne la plus âgée.

Pour les soins à l'étranger, **les demandes de remboursements doivent être liées au virus, les remboursements dépendent du pays d'exécution des soins et des typologies d'actes**. Les taux de remboursements 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.

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'UE).

1 Identification

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

Nom de naissanceNom marital (ou d'usage)

Prénom.....

Date de naissance |_| |_| |_| |_| |_| Nationalité

Ville de naissancePays de naissance

Je suis : célibataire marié(e) concubin(e) ou pacsé(e)

2 Situation

Pays d'expatriationÀ compter du |_| |_| |_| |_| |_|

Jusqu'à ce jour, ma protection sociale était assurée par :

mon employeur sécurité sociale française autre

pris(e) en charge en tant qu'ayant droit sous le numéro de Sécurité sociale : |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Je choisis de souscrire à l'assurance Covid.19 Expat Santé 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.

3 Adresses de correspondance

J'indique ci-après mon adresse e-mail, je recevrai toutes mes communications par courriel de la part de la CFE* :

Courriel@.....

Adresse domicile :

.....

.....Tél :

*** Sauf demande expresse de votre part, les échanges seront faits systématiquement par courriel.**

4 Paiement des cotisations et remboursement des frais de santé

Votre appel de cotisation sera disponible dans votre espace personnel que vous devrez activer sur le site de la CFE (www.cfe.fr) après confirmation de votre inscription.

Pour un prélèvement automatique des cotisations (sur un compte zone Euro uniquement), compléter le formulaire (disponible en page 4 de ce bulletin d'adhésion). Attention, si vous optez pour le prélèvement automatique, l'appel de cotisation sera envoyé directement par mail.

Si vous souhaitez recevoir vos remboursements sur un compte différent du précédent, merci de l'indiquer également dans le formulaire en page 4.

Mes avis de remboursements seront envoyés :

- dans mon espace personnel (à activer sur le site de la CFE)

- à ma mutuelle (joindre obligatoirement la photocopie recto/verso de votre carte de mutuelle)

.....

Le numéro de Sécurité sociale est à indiquer si vous le connaissez mais n'est pas bloquant pour l'adhésion.

CONJOINT

Sexe M F Nom Nom marital (ou d'usage)
 Prénom Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|
 Ville de naissance Pays de naissance
 N° de Sécurité sociale |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_| Nationalité

votre conjoint est :

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

ENFANT 1

Sexe M F Nom Prénom
 Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|
 Ville de naissance Pays de naissance
 N° de Sécurité sociale |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|

ENFANT 2

Sexe M F Nom Prénom
 Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|
 Ville de naissance Pays de naissance
 N° de Sécurité sociale |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|

ENFANT 3

Sexe M F Nom Prénom
 Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|
 Ville de naissance Pays de naissance
 N° de Sécurité sociale |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|

ENFANT 4

Sexe M F Nom Prénom
 Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|
 Ville de naissance Pays de naissance
 N° de Sécurité sociale |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|

ENFANT 5

Sexe M F Nom Prénom
 Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|
 Ville de naissance Pays de naissance
 N° de Sécurité sociale |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|

Pièces à joindre à votre dossier

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

- copie de la carte nationale d'identité ou du passeport de l'adhérent
- extrait d'acte de naissance si vous n'avez pas de numéro de Sécurité sociale
- copie du livret de famille ou extrait d'acte de mariage, ou extrait de naissance ou à défaut attestation de PACS pour vos ayants droit (si la pièce d'identité n'indique pas le lien de parenté)
- copie recto/verso de votre carte de mutuelle
- si vous ou l'un de vos ayants droit bénéficiez d'une prise en charge à 100 % (exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée) : copie de la notification de prise en charge et l'autorisation de transfert du dossier médical (le formulaire est à télécharger sur notre site www.cfe.fr, rubrique Mon compte CFE)

Pour mettre en place une domiciliation bancaire à l'étranger, joindre obligatoirement un document officiel de votre établissement bancaire indiquant votre nom et vos coordonnées bancaires. Pour les États-Unis et le Canada, merci de joindre un chèque annulé au nom de l'adhérent principal.

Les informations collectées sont susceptibles de faire l'objet d'un traitement. Ces données sont obligatoires pour le traitement de vos données. Elles seront utilisées pour vous recontacter, vous fournir les informations demandées et seront conservées pendant une durée conforme à la réglementation en vigueur. Vous disposez 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, vous consentez pour vous-même et pour les personnes ci-dessus désignées au traitement de vos 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 : articles L766-2-2 et L766-1-3 du code de la Sécurité sociale ; articles 313-1, 313-2-5, 441-1 et 441-6 du code pénal).

Ce formulaire et les pièces justificatives peuvent être envoyés par courrier ou par courriel à fichier@cfe.fr

Fait à Le

Signature :

Ne pas oublier de joindre les pièces justificatives

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU LA CFE ?

- Recherche sur Internet
- Sites Sécurité sociale française
- Médias
- Site CLEISS
- Ambassade, Consulat
- Réseaux sociaux

