



→ Ce formulaire et les pièces justificatives peuvent être envoyés par courrier ou par courriel à : fichier@cfefr

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 naissance Nom marital (ou d'usage)

Prénom.....

Date de naissance |_____|_____|_____|_____| Nationalité

Ville de naissance Pays de naissance

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

2 Situation

Pays d'expatriation À 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)

.....

Personnes à couvrir (conjoint et/ou enfant jusqu'à 20 ans)

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

6

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@cfefr. 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@cfefr

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



Demande de prélèvement automatique de cotisations

Trois bonnes raisons pour utiliser le prélèvement automatique

- **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.

Vous êtes garanti(e)s contre les désagréments tels qu'une mise en demeure.



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.

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.

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.

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

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

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

Compte étranger hors zone SEPA

Coordonnées bancaires.....