



## Bulletin d'adhésion à l'assurance maladie-maternité Option Invalidité/Indemnités Journalières/Capital Décès (réservée aux salariés et conjoints salariés)

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

La garantie **MondExpat Santé FAMILLE** consiste, pour vous-même et les membres de votre famille, en la prise en charge de vos soins et hospitalisations intervenus dans le monde entier y compris en France. Les modalités de remboursement sont les mêmes que celles appliquées par le régime obligatoire Français.

Le montant des cotisations varie en fonction de votre âge et de la durée de votre contrat. Sous certaines conditions\*, une réduction de -4 % sera appliquée à chaque date anniversaire de votre contrat.

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 cette date, vous résidiez

en France  à l'étranger, Pays ..... Depuis le |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

À l'étranger, je suis ou je serai :

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

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 |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

\* Voir conditions sur le site : [www.cfe.fr](http://www.cfe.fr)

### 3 Adhésion

Je choisis de souscrire à l'assurance MondExpat Santé à compter du |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Je suis salarié(e) et je choisis de cotiser à l'option Invalidité/Indemnités Journalières/Capital Décès

OUI  NON

Si oui, employeur à l'étranger (nom et adresse à préciser) .....  
.....  
.....

Depuis le |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| Profession .....

Mon conjoint est salarié et choisi de cotiser à l'option Invalidité/Indemnités Journalières/Capital Décès

OUI  NON

Si oui, employeur à l'étranger (nom et adresse à préciser) .....  
.....  
.....

Depuis le |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| Profession .....

*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 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 : .....  
.....

.....Tel : .....

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

### 5 Paiement des cotisations et remboursement des frais de santé

Vos appels de cotisation seront disponibles dans votre espace personnel que vous devrez activer sur le site de la CFE ([www.cfe.fr](http://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 5 de ce bulletin d'adhésion).

Si vous souhaitez recevoir vos remboursements sur un compte différent du précédent, merci de l'indiquer également dans le formulaire en page 5.

Mes avis de remboursements seront envoyés :

- dans mon espace personnel
  - à ma mutuelle (joindre obligatoirement la photocopie recto/verso de votre carte de mutuelle) .....
- .....

## 6 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 |\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

## 7 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](http://www.cfe.fr), rubrique Mon compte CFE)

**Pour une adhésion à l'option Invalidité/Indemnités Journalières/Capital Décès pour vous et/ou votre conjoint (pièces à joindre impérativement pour chaque personne adhérente à l'option) :**

- copie de la carte nationale d'identité ou du passeport du conjoint
  - copies certifiées conformes par l'employeur de vos trois derniers bulletins de salaire
- ou, à défaut :
- si vous exercez votre activité à l'étranger depuis moins de trois mois : l'attestation de votre employeur ou copie (certifiée conforme) de votre contrat de travail précisant votre salaire mensuel brut moyen avant toutes déductions sociales et fiscales (primes et indemnités comprises) et votre date d'embauche

**Le formulaire et les pièces justificatives peuvent être envoyés par courrier ou par courriel à [fichier@cfe.fr](mailto:fichier@cfe.fr)**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des dossiers de sécurité sociale des Français de l'étranger. Les destinataires des données sont : les organismes de protection sociale français, les caisses de retraite, les organismes gestionnaires de complémentaire santé, le ministère des Affaires étrangères, les établissements et professionnels de santé, les employeurs mandatés et les organismes bancaires. 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.

- 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).

Fait à ..... Le .....

Signature :

**Ne pas oublier de joindre les pièces justificatives**

### Autres garanties : accident du travail et/ou retraite de base

Les Français exerçant une activité salariée à l'étranger ont la possibilité de souscrire en plus et en complément une garantie couvrant le risque accident du travail - maladie professionnelle et/ou une garantie ouvrant droit à une retraite de base française. Si vous ou une des personnes désignées à la rubrique 1 et 6 se trouvent dans cette situation, un formulaire d'adhésion spécifique est disponible sur le site [www.cfe.fr](http://www.cfe.fr)

#### 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    [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ]