



### 3 Adhésion

Je choisis de souscrire à l'assurance RetraitExpat 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.*

### 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 18 ans)

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

### CONJOINT (retraité titulaire d'une pension d'un régime de base obligatoire français)

Sexe  M  F    Nom ..... Nom marital (ou d'usage) .....

Prénom ..... Date de naissance |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

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

N° de Sécurité sociale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|    Nationalité .....

Précisez le nom de votre organisme de retraite de base : .....

### 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
- 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 vous et votre conjoint, copie des titres de pension de base française (recto/verso) obligatoire, précisant le montant brut et la date d'effet
- copie d'un titre de pension à base française
- un relevé de carrière\* justifiant de quinze ans de cotisations à un régime de retraite de base français  
*\*Si vous ne justifiez pas de quinze de cotisations, vous pourrez adhérer à MondExpat Santé.*

**Ce 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**

### COMMENT AVEZ-VOUS CONNU LA CFE?

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

