

SALARIÉ COLLABORATEUR D'UNE ENTREPRISE MANDATAIRE

EMPLOYEE OF A REPRESENTATIVE COMPANY

Bulletin d'adhésion (à compléter par le salarié)

Membership form (must be fill by the employee)

Ce formulaire et les pièces justificatives peuvent être envoyés par courrier ou sous format dématérialisé à l'adresse

e-mail : entreprises@cfe.fr.

This subscription form can be sent with the proof of entitlement by email at: entreprises@cfe.fr.

1. IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE MANDATAIRE

REPRESENTATIVE COMPANY DETAILS

Raison sociale N° mandataire CFE | _ _ _ _ _ |
 Company name Representative N°

2. IDENTIFICATION DU COLLABORATEUR

EMPLOYEE DETAILS

N° de Sécurité sociale | _ _ _ _ _ | _ _ _ Possède t-il/elle la carte vitale ? ☐ Oui ☐ Non
 Social security number Does he/she have a Carte Vitale? Yes No

Nom de naissance
 Name

Nom marital (ou d'usage)
 Maiden name

Prénom
 First Name

Date de naissance | _ _ | | _ _ | | _ _ | | _ _ | Lieu de naissance
 Date of birth Place of birth

Nationalité
 Nationality

Vous êtes ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ veuf/veuve ☐ divorcé(e) ☐ séparé(e) ☐ en concubinage (avec ou sans PACS)
 Status single married widow(er) divorced separated cohabiting, with or without PACS
 (French civil solidarity pact)

3. SITUATION

SITUATION

Pays d'expatriation À compter du | _ _ | | _ _ | | _ _ |
 Country of expatriation From the (date)

ou depuis le | _ _ | | _ _ | | _ _ |
 Since (date)

Jusqu'à cette date, vous résidiez :
 Where do you live until this date?

☐ En France ☐ À l'étranger (préciser le pays)
 In France Abroad (specify the country)

Date de fin de prise en charge par le précédent organisme de protection sociale : | _ _ | | _ _ | | _ _ |
 Date of coverage by the previous social security organisation:

Indiquez également le nom de l'organisme qui assurait votre protection sociale jusqu'à cette date :
 Also provide the name of the social security organisation that covered you until this date:

.....

4. VOS COORDONNÉES

CONTACT INFORMATION

À l'étranger
Abroad

En France
In France

Tél.
Telephone number

E-mail
E-mail address

5. AVIS DE REMBOURSEMENT

NOTICE OF REIMBURSEMENT

Si vous avez souscrit pour le risque maladie – maternité – invalidité et (ou) le risque accidents du travail – maladies professionnelles, vos avis de remboursement seront mis à votre disposition dans votre espace personnel CFE.

If you have a subscription for the insurance illness – maternity – disablement and (or) work accident – occupational illnesses, your notices of reimbursement will be on your personal account CFE.

6. DEMANDE DE RATTACHEMENT DE VOS AYANTS DROIT

(à compléter uniquement si vous avez souscrit pour le risque maladie – maternité – invalidité)

APPLICATION FORM FOR FAMILY MEMBERS (SPOUSE AND/OR CHILDREN UP TO 20 YEARS OLD)

(To be completed if you are applying to be covered for illness – maternity – disablement)

Le(a) conjoint(e) exerçant une activité professionnelle ou non peut bénéficier de la couverture maladie en tant qu'ayant droit, quelle que soit sa nationalité et sans cotisation supplémentaire à condition de résider à l'étranger.

Spouse(s) or partner, whether employed or not, can benefit from the health insurance, regardless of nationality, without any additional costs, if residing abroad.

Vous déclarez sur l'honneur :

You declare on honour:

☐ votre conjoint(e)

your spouse, or partner

☐ la personne avec qui vous vivez maritalement

your common-law spouse

☐ la personne à laquelle vous êtes lié(e) par un PACS

the person with whom you have signed a civil partnership contract

☐ Mme

Mrs

☐ M.

Mr

Nom Prénom
Name First name

Adresse email
Email address

N° de sécurité sociale (si connu) | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
Social security number (if known)

Date de naissance | _ | _ | _ | _ | _ |
Date of birth

• Possède-t-il/elle la carte vitale ? ☐ oui ☐ non
Does he/she have a Carte Vitale? yes no

Les enfants à charge de moins 20 ans résidant à l'étranger peuvent être pris en charge sur votre contrat santé.
Dependent children under 20, living abroad, can be included on your health insurance.

• Souhaitez-vous ajouter des enfants à charge ? ☐ oui ☐ non
Would you subscribe for dependant children? yes no

If "yes", please inform us below the dependent children that you would insure:

Enfant 1
Child 1

INSURANCES SUBSCRIBED (must be filled by the employer)

The subscription to CFE is non mandatory for expatriate. This means subscribing to our insurances voluntarily does not exempt from contributing to the social security or insurance mandatory in their country of expatriation (including EU member states).

**ASSURANCES
SOUSCRITES ⁽¹⁾**
*INSURANCES
SUBSCRIBED*

Maladie – maternité – invalidité
Illness – maternity – invalidity

Accidents de travail – maladies professionnelles
Work-related injury – occupational illness

Retraite
Retirement

Assurance de Base
Basic Insurance

Option indemnités
journalières
Capital décès⁽²⁾
Option Daily compensation
Death benefits

Assurance de Base
Basic insurance

Assurance de base
Basic insurance

Souscription
Subscription

☐ OUI ☐ NON
YES NO

☐ OUI ☐ NON
YES NO

☐ OUI ☐ NON
YES NO

☐ OUI ☐ NON
YES NO

Date d'effet⁽³⁾
Effective date

| | | | |

| | | |

|| | | |

Base de
cotisation
Basis

Rémunération annuelle brute
Annual gross salaryBase annuelle de cotisation choisie⁽⁴⁾
*Annual basis for contribution chosen*Rémunération annuelle brute
Annual gross salary

| | | || | | €

| | | | | | €

| | | || | | €

(1) Au moins une de ces trois assurances doit être souscrite.

(1) At least one of these three insurance schemes have to be subscribed.

(2) L'option « Indemnités journalières – capital décès » ne peut être souscrite sans adhérer à l'assurance de base « Maladie – maternité – invalidité ».

(2) The option "Daily compensation – death benefits" can't be subscribed without our insurance "Illness – maternity – invalidity".

(3) La date d'adhésion souhaitée ne sera retenue que dans la limite de la législation applicable.

(3) The membership date requested will only be valid if compliant with the applicable laws.

(4) **Champ obligatoire** : sur cette garantie, il est possible de dissocier la base de cotisation du salaire réel. La base annuelle de cotisation permet de déterminer le montant de cotisation annuel (voir barème de cotisation disponible sur le site de la CFE : www.cfe.fr). Cette base sert également au calcul des indemnités en cas d'accident du travail.

(4) **Obligatory field:** for this risk, it is possible to separate the basis of the actual salary. The annual contribution base can determine the amount of the annual contribution (our scale is available on the CFE's website www.cfe.fr). This base can also calculate the allowances in case of a work accident.

(Gérée par l'Assurance Retraite) - À compléter uniquement pour les personnes nées hors de France.

ADDITIONAL INFORMATION REQUIRED TO JOIN THE PENSION SCHEME - Managed by "L'Assurance Retraite" (should be filled in for people not born in France).

I hereby certify that:

☐ avoir relevé d'un régime français d'assurance maladie obligatoire pendant au moins 5 ans, à quel que titre que ce soit, cette durée pouvant être discontinuée.
Have paid compulsory health insurance contributions in France for at least 5 years (not necessarily continuously).

Joindre à votre demande d'adhésion tout document de nature à établir votre présence en France par exemple : relevé de carrière, fiches de paie, attestations Pôle Emploi, avis d'imposition, quittances de loyer, factures d'énergie ou de téléphone, certificats de scolarité, diplômes français, etc.

Please attach a copy of proof of residence in France to join the pension scheme: pay slips, career review, attestations Pôle Emploi, certification of unemployment, income tax notice, rent receipts, utility or telephone invoices, school certificates, French qualifications...

or, alternatively:

□ avoir cotisé 6 mois à l'assurance vieillesse obligatoire avant le départ de France.
Paid compulsory pension contribution for 6 months before leaving France

Faire compléter par l'employeur dans ce cas le cadre ci-dessous, ou joindre une copie de vos 6 derniers bulletins de salaire ou bien une attestation de votre employeur précisant votre salaire brut au cours de ces 6 derniers mois.

Attention : dans cette situation, les cotisations CFE seront calculées à titre définitif sur la base de vos 6 derniers salaires en France et non sur ceux correspondant à votre nouvelle activité à l'étranger.

CERTIFICATE OF EMPLOYMENT

Nous soussignés
We, the undersigned

Raison sociale Numéro de Siret

Adresse
Mail address

Certifions que notre salarié(e) :
Certify that our employee:

Nom Prénom

Surname *First name*

A cotisé à l'assurance obligatoire vieillesse pendant six mois avant son expatriation. Sur cette période, ses salaires bruts étaient supérieurs au plafond de la Sécurité sociale : ☐ oui ☐ non⁽¹⁾

Paid obligatory pension contribution for six months before expatriation.

During this period, their gross salary was superior to the limit: (yes or no)

Cachet de l'entreprise
Company stamp

(1) Si non, joindre une attestation de l'employeur précisant le salaire mensuel moyen brut (primes et indemnités comprises).
(1) If not, attach a certificate from the employer specifying the gross monthly salary (bonuses and expenses included).

Fait à Le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Signed at Date

* À compléter par l'entreprise qui vous employait avant votre départ de France
Must be fill by the company which hired you before your leave France.

* À compléter seulement si vous souhaitez souscrire à l'assurance vieillesse.
Must be fill even if you want to subscribed to retirement insurance.

PIECES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT À VOTRE DOSSIER :

THE FOLLOWING DOCUMENTS MUST BE ATTACHED TO ALL REQUESTS:

ATTENTION

ATTENTION

Les dossiers incomplets ou non signés ne pourront être traités et vous seront retournés. Merci de cocher et de joindre les pièces justificatives suivantes :

Incomplete application or not signed will not be processed and will be returned to the sender. Please check the appropriate boxes and attach the following documents:

- ☐ copie de votre carte nationale d'identité ou de votre passeport
copy of your national identity card or passport
- ☐ carte de mutuelle en cours de validité (recto/verso)
please attach front/back copy of valid medical aid card
- ☐ relevé d'identité bancaire ou postal
your bank or postal account and sort code
- ☐ si détachement avant l'expatriation, joindre la déclaration préalable de détachement
if there was a secondment before the expatriation, please join the copy of the secondment agreement
- ☐ justificatif d'activité pour le salarié (contrat de travail, bulletins de salaire ou attestation employeur)
Proof of employment for the employee (employment contract, payslips, or employer certificate)

En cas d'adhésion à l'assurance retraite :

If you subscribed to the retirement insurance:

- ☐ si vous ne possédez pas de numéro de Sécurité sociale définitif, fournir une copie de votre extrait d'acte de naissance avec filiation datant de 3 mois.
If you don't have a definitive social security number, please join a copy of your birth certificate with filiation less than 3 months.

Pour l'affiliation de vos ayants droit :

For the affiliation of your family members:

- ☐ copie du livret de famille, ou un acte de mariage, ou attestation de PACS, ou attestation de concubinage (dans ce cas, transmettre une pièce d'identité du conjoint), ou extrait d'acte de naissance pour vos ayants droit.
copy of your "livret de famille" (family civil status booklet), or marriage certificate, or civil partnership certificate, or certificate of concubinage (in this situation, please join the identity card of the partner), or birth certificate for your family members.
- ☐ copie de l'attestation délivrée par votre précédente caisse de Sécurité sociale précisant vos ayants droit
copy of the certificate provided by your previous Social Security fund with your Carte Vitale and specifying your family members
- ☐ si vous ou l'un de vos ayants droit bénéficiez d'une exonération (affection de longue durée, stérilité, maternité...), 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 « Documents clés »).
if you or one of your family members have an exoneration (chronic illness, infertility, maternity) copy of notice of French Social Security coverage and authorisation for transfer of the medical file (the form can be downloaded from our site www.cfe.fr under the heading "Documents clés").

- ☐ J'autorise mon employeur à réaliser toutes les démarches en lien avec mon ou mes contrats à savoir : l'adhésion, la mise à jour, la radiation et le paiement des cotisations en mon nom propre.
I authorize my employer to realise all the measures in link with my contract(s) : the subscription, the updates, the unsubscribe (end of the contact), and the payment of the contributions for me.

Les informations collectées sont susceptibles de faire l'objet d'un traitement. Ces données sont obligatoires pour le traitement de votre dossier. 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.

We collect information about you to contact you about your enquiry. This information will be stored for a period that is compliant with the current regulation. You have the right to access and amend this information as per the "Freedom of Information Act, 6th January 1978". You can exercise this right by sending your request to contactdpo@cfe.fr. CFE will not pass the collected information to third parties in order to engage in commercial activities.

- ☐ J'accepte de recevoir les informations commerciales de la CFE
I agree to receive marketing and commercial communications from CFE.
- ☐ En cochant cette case, je consens pour moi-même et pour les personnes ci-dessus désignées au traitement de mes données personnelles, conformément à la politique de la CFE, consultable sur notre site : <https://www.cfe.fr/fr/mentions-legales>.
In ticking this box, you hereby give us consent to process the information related to yourself and all listed above, as per our data processing policy. This policy can be found on our website: <https://www.cfe.fr/fr/mentions-legales>.

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à informer la CFE de toute modification. Les fraudes ou fausses déclarations exposent à l'application de pénalités, à la radiation, à des peines d'amende ou d'emprisonnement : articles L766-4-2 du code de la Sécurité sociale ; articles 313-1, 313-2 5, 441-1 et 441-6 du code pénal.

I certify the accuracy of the above information and agree to inform the Caisse des Français de l'Étranger of any change. Frauds or false statements expose to penalties, to radiation, to fine or detention sentences: French Law L766-4-2 (Social Security Code); articles 313-1, 313-2 5, 441-1 and 441-6 (Penal Code).

Fait à :

Signed at:

Le :

Date:

Signature :

Signature:

Ne pas oublier de joindre les pièces justificatives

Please remember to attach the documents needed

Ce formulaire et les pièces justificatives peuvent être envoyés par courrier ou sous format dématérialisé à l'adresse e-mail : entreprises@cfe.fr

This form and the accompanying documents can be sent by post or, as an attachment, by email to:entreprises@cfe.fr