

SALARIÉ COLLABORATEUR D'UNE ENTREPRISE MANDATAIRE

Feuillet d'information permettant la création de l'entité

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

1. IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE MANDATAIRE

Raison sociale..... N° mandataire CFE | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

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

Nom de naissance

Nom marital (ou d'usage)

Prénoms

Date de naissance | |_| | | |_| | |_| | |_| | |_| | Lieu.....

Nationalité

Je suis célibataire marié(e) veuf(ve) divorcé(e) séparé(e) en concubinage (avec ou sans PACS)

2. SITUATION

Pays d'expatriation..... À compter du | |_| | | |_| | | |_| | | |_| |

Jusqu'à cette date, vous résidiez :

en France Pays

Date de fin de prise en charge par le précédent organisme de protection sociale | |_| | | |_| | | |_| | | |_| |

Indiquez également le nom de l'organisme qui assurait votre protection sociale jusqu'à ce jour :

.....

3. ADRESSES

À l'étranger

Tél.

En France

Tél.

E-mail @

4. AVIS DE REMBOURSEMENT ET REMBOURSEMENTS

(À compléter si vous avez souscrit pour le risque Maladie-Maternité-Invalidité et (ou) le risque Accidents du travail-Maladies professionnelles)

Mes avis de remboursement

- Si l'assureur complémentaire de ma société est partenaire de la CFE, il reçoit directement les informations relatives à mes remboursements et les avis me seront envoyés, pour information, à mon adresse indiquée dans le cadre ci-dessus :
 à l'étranger en France
- Si l'assureur complémentaire de ma société n'est pas partenaire de la CFE, ils seront envoyés à mon adresse indiquée dans le cadre ci-dessus à l'étranger en France

Mes remboursements seront effectués :

- sur mon compte bancaire ou postal
- sur le compte de l'assurance complémentaire avec laquelle mon entreprise a signé un contrat, ses coordonnées :

.....
.....
.....

Les prestations des assurances volontaires ne sont dues que si les cotisations exigibles ont été versées avant la survenance du risque (article L 766.2.1 du code de la Sécurité sociale).

5. DEMANDE DE RATTACHEMENT DE VOS AYANTS DROIT

(à compléter uniquement si vous avez souscrit pour le risque Maladie-Maternité-Invalidité)

- Je déclare sur l'honneur que
- mon conjoint
 - la personne avec laquelle je vis maritalement
 - la personne à laquelle je suis lié(e) par un PACS

Madame Monsieur

Nom et prénoms

N° de Sécurité sociale (si connu) | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

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

- Avez-vous d'autres ayants droit à charge ? oui non

Si oui, joignez une photocopie de l'attestation délivrée par votre précédente caisse de Sécurité Sociale
 à défaut, ou si ces ayants droit ne figurent pas sur cette attestation, transmettez-nous la copie de votre livret de famille ou de l'acte de naissance les concernant

- Vous-même ou l'un de vos ayants droit étiez pris en charge à 100 % oui non

Si oui, joignez une copie de la notification d'exonération du ticket modérateur et l'autorisation de transfert de votre dossier médical (le formulaire est à télécharger sur notre site www.cfe.fr, rubrique "Mon compte").

6. RISQUES SOUSCRITS

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).

RISQUES SOUSCRITS ⁽¹⁾	Maladie-Maternité-Invalidité		Accidents du travail-Maladies professionnelles	Vieillesse
	Assurance de base	Option Indemnités journalières Capital Décès ⁽²⁾	Assurance de base (option "voyages expatriation" incluse)	Assurance de base
Souscription	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Date d'effet ⁽³⁾	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Assiette	Remunération supérieure au plafond de la Sécurité sociale		Base annuelle de cotisation choisie ⁽⁵⁾	Remunération supérieure au plafond de la Sécurité sociale
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ⁽⁴⁾		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ €	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ⁽⁴⁾

(1) Au moins une de ces trois assurances doit être souscrite. (2) Aucune option ne peut être souscrite sans adhérer à l'assurance de base correspondante. (3) La date d'adhésion souhaitée ne sera retenue que dans la limite de la législation applicable. (4) Si non, joindre une attestation de l'employeur précisant le salaire moyen brut (primes et indemnités comprises). (5) Champ obligatoire. Sur ce risque, il est possible de dissocier l'assiette du salaire réel.

7. COMPLÉMENT D'INFORMATION POUR L'ADHÉSION À L'ASSURANCE VIEILLESSE

(gérée par l'Assurance Retraite)

J'atteste :

avoir relevé d'un régime français d'assurance maladie obligatoire pendant au moins 5 ans, à quelque titre que ce soit, cette durée pouvant être discontinuée.

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.

Ou, à défaut :

avoir cotisé 6 mois à l'assurance vieillesse obligatoire avant le départ de France.

Faire compléter 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.

ATTESTATION DE SALARIAT

Nous soussignés

Raison sociale Numéro de Siret

Adresse

Certifions que notre salarié(e) :

Nom Prénom

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

(1) Si non, joindre une attestation de l'employeur précisant le salaire mensuel moyen brut (primes et indemnités comprises).

Fait à Le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Cachet de l'entreprise

IMPORTANT : si le salarié ne possède pas de numéro de Sécurité sociale définitif, fournir une copie de son extrait d'acte de naissance et une copie de sa carte nationale d'identité ou passeport.

PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT À VOTRE DOSSIER

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 :

- copie de votre carte nationale d'identité ou de votre passeport
- copie de l'attestation délivrée par votre précédente caisse de Sécurité sociale précisant vos ayants droits
- ou, à défaut :**
- 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 votre rémunération mensuelle moyenne est inférieure au plafond de la Sécurité sociale, attestation de l'employeur précisant le salaire mensuel brut (prime et indemnités comprises) pendant l'expatriation**
- 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 Vos imprimés)
- si vos avis de remboursement sont envoyés à votre mutuelle, carte de mutuelle en cours de validité (recto/verso)
- si vos remboursements sont effectués directement sur votre compte bancaire ou postal : votre relevé d'identité bancaire ou postal
- copie de l'accord de détachement éventuel

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 (ou) de celle de mon conjoint ou concubin. Je donne autorisation à la CFE de régler les prestations selon les modalités convenues avec l'entreprise mandataire. 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).

Signature :

Fait à

Le

Ne pas oublier de joindre les pièces justificatives

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