Caisse des Français de l'Étranger
La Sécurité sociale des expatriés

FRANCEXPAT SANTÉ cfe

FrancExpat Santé : Couverture Santé France

▶ FAMILLE

Bulletin d'adhésion à l'assurance maladie-maternité

Ce formulaire et les pièces justificatives peuvent être envoyés par courrier ou par courriel à : fichier@cfe.fr

La garantie FrancExpat Santé FAMILLE consiste, pour vous-même et les membres de votre famille, en la prise en charge des soins et hospitalisations intervenus en France (+ DOM).
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 -2.50 % sera appliquée à chaque date anniversaire de votre contrat.

Vous avez la possibilité de résilier votre assurance FrancExpat Santé à tout moment. Néanmoins, une seconde souscription à ce produit ne sera possible que si la radiation sur le contrat précédent était liée à un retour en France.

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).

La souscription à ce type de garantie n'est pas nécessaire pour les titulaires d'une retraite de base française. Si vous êtes dans ce cas, la prise en charge des soins intervenus en France relève du régime qui verse votre pension.

1. Identification

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 ..... Depuis le |__|__|__|__|__|__|__|__|

À l'étranger, je suis ou je serai :
❑ *salarié(e)* ❑ *travailleur(euse) non salarié(e)* ❑ *étudiant(e)* ❑ *retraité(e)* ❑ *sans activité*

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.francexpat-sante.com

CFE • 160, rue des Meuniers • CS 70238 Rubelles • 77052 Melun Cedex • France
Tél. depuis la France : 01 64 71 70 00 / Tél. depuis l'étranger : +33 1 64 14 62 62 • www.cfe.fr • E-mail : fichier@cfe.fr

3. Adhésion

Je choisis de souscrire à l'assurance FrancExpat 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

Domicile : .....

.....

.....

..... Tél. .....

J'indique ci-après mon adresse email ; je recevrai donc des communications par courriel de la part de la CFE* :
Courriel ..... @ .....

* Sauf demande 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 devez 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), joindre le formulaire complété (disponible en page 5 de ce bulletin d'adhésion).

Si vous souhaitez recevoir vos remboursements sur un compte différent du précédent, merci de remplir le formulaire prévu à cet effet en page 5 également.

Mes avis de remboursement seront envoyés :
❏ *dans mon espace personnel (à activer sur le site de le CFE : www.cfe.fr - Un email vous sera envoyé à chaque notification)*
❏ *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 ..... Prénom ..... Date de naissance |__|__|__|__|__|__|__|__|

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

N° de Sécurité sociale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Date de mariage / PACS / vie commune |__|__|__|__|__|__|__|__|

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 |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Exerce-t-il une activité professionnelle ? ❑ *oui* ❑ *non*

ENFANT 2

Sexe ❑ *M* ❑ *F* Nom ..... Prénom ..... Date de naissance |__|__|__|__|__|__|__|__|

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

N° de Sécurité sociale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Exerce-t-il une activité professionnelle ? ❑ *oui* ❑ *non*

ENFANT 3

Sexe ❑ *M* ❑ *F* Nom ..... Prénom ..... Date de naissance |__|__|__|__|__|__|__|__|

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

N° de Sécurité sociale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Exerce-t-il une activité professionnelle ? ❑ *oui* ❑ *non*

ENFANT 4

Sexe ❑ *M* ❑ *F* Nom ..... Prénom ..... Date de naissance |__|__|__|__|__|__|__|__|

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

N° de Sécurité sociale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Exerce-t-il une activité professionnelle ? ❑ *oui* ❑ *non*

ENFANT 5

Sexe ❑ *M* ❑ *F* Nom ..... Prénom ..... Date de naissance |__|__|__|__|__|__|__|__|

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

N° de Sécurité sociale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Exerce-t-il une activité professionnelle ? ❑ *oui* ❑ *non*

ENFANT 6

Sexe ❑ *M* ❑ *F* Nom ..... Prénom ..... Date de naissance |__|__|__|__|__|__|__|__|

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

N° de Sécurité sociale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Exerce-t-il une activité professionnelle ? ❑ *oui* ❑ *non*

7. Pièces à joindre impérativement 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 passeport ou autre document officiel justifiant de la nationalité de l'adhérent principal (cf. page 1)

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)

Ce formulaire et les pièces justificatives peuvent être envoyés par courrier ou par courriel à : 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).

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 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 **ici**.

Une demande distincte doit être formulée par chaque personne intéressée.

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU LA CFE ?

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

Caisse des Français de l'Étranger
La Sécurité sociale des expatriés

FRANCEXPAT SANTÉ cfe

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
Nom et prénom de l'adhérent	**N°ICS (identifiant créancier SEPA) :** FR69ZZZ237582
Nom, adresse et pays de résidence du débiteur	**Nom, adresse et pays du créancier (la CFE) :** CFE 160, rue des Meuniers – CS 70238 Rubelles 77052 Melun Cedex – France
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 de l'adhérent	**N°ICS (identifiant créancier SEPA) :** FR69ZZZ237582
COMPTE À DÉBITER	
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN |___|___|___|___|___|___|_____|	Code international d'identification de votre banque – BIC |___________|