

SALARIÉ (cet imprimé ne concerne pas les gérants et actionnaires majoritaires qui doivent compléter un formulaire « Travailleur indépendant »)

BULLETIN D'ADHÉSION

IDENTIFICATION

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

Nom Nom de jeune fille

Prénoms

Date de naissance | | | | | | | | | | | | | | | | | | Lieu

Nationalité

Je suis : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ veuf(ve) ☐ divorcé(e) ☐ séparé(e)

☐ en concubinage (avec ou sans PACS)

Mon(a) conjoint(e) ou concubin(e) exerce une activité professionnelle ☐ oui ☐ non*
est retraité(e) ☐ oui ☐ non*

*Si non et s'il ne bénéficie d'aucune protection sociale, remplissez "l'ATTESTATION DE QUALITÉ D'AYANT DROIT" au verso.

Nombre d'enfant(s) à charge | | |

Les membres de votre famille (conjoint(e), enfant(s) à charge) réside(ro)nt-ils en France ? ☐ oui ☐ non

ADRESSES

À l'étranger

Tél. Fax

En France

Tél. Fax

☐ J'indique ci-après mon adresse e-mail ; je recevrai donc outre les courriers papier habituels, des communications sous format numérique de la part de la CFE à cette adresse : @

☐ Je souhaite que les échanges avec la CFE s'effectuent uniquement sous la forme de courriers papier.

ADHÉSION

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).

MALADIE - MATERNITÉ - INVALIDITÉ⁽¹⁾

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| | ☐ oui | ☐ non |
| • Option indemnités journalières, capital décès ⁽²⁾ | ☐ oui | ☐ non |
| • Option séjours en France de 3 à 6 mois ⁽²⁾ | ☐ oui | ☐ non |

ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES⁽¹⁾

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| • Base annuelle choisie euros | ☐ oui | ☐ non |
| • Option voyages d'expatriation aller et retour ⁽²⁾ | ☐ oui | ☐ non |

VIEILLESSE (CNAV)⁽¹⁾

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| • Date d'effet souhaitée pour l'assurance vieillesse: | ☐ oui | ☐ non |
| ☐ À partir du 1 ^{er} jour du trimestre civil en cours | | |
| ☐ À partir du 1 ^{er} jour du trimestre civil suivant ma demande | | |

(1) au moins une de ces 3 assurances doit être souscrite

(2) aucune option ne peut être souscrite sans adhérer à l'assurance de base correspondante

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

- 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...

Ou

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

Joindre dans ce cas une copie de vos 6 derniers bulletins de salaire ou une attestation de votre employeur précisant votre salaire brut au cours de ces 6 derniers mois.

Attention, dans cette seconde 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.

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

ACTIVITÉ SALARIÉE À L'ÉTRANGER

Employeur à l'étranger (nom et adresse à préciser)

.....
.....

Depuis le | | | | |

Profession

Salaire mensuel brut moyen (toutes primes et indemnités comprises)

Êtes-vous directeur ou gérant de la société

☐ oui ☐ non

PAIEMENT DES COTISATIONS ET REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ

Les appels de cotisations seront envoyés

☐ à mon adresse en France ☐ à mon adresse à l'étranger

☐ au mandataire de mon choix, soit (nom et adresse à préciser) :

.....

Pour un prélèvement automatique des cotisations (sur un compte en France uniquement), demandez-nous le formulaire ou téléchargez-le sur www.cfe.fr

Le courrier administratif sera envoyé

☐ à mon adresse en France ☐ à mon adresse à l'étranger

☐ à mon mandataire

Je désire être remboursé(e)

☐ sur mon compte postal ou bancaire en France

☐ sur mon compte bancaire à l'étranger

☐ par mandat international

☐ sur le compte du mandataire de mon choix (nom et adresse à préciser) :

.....

(je donne autorisation à la CFE de régler les prestations qui me sont dues à ce destinataire, joindre RIB).

Les avis de remboursement seront envoyés

☐ à mon adresse en France

☐ à mon adresse à l'étranger

☐ à mon mandataire

☐ à ma mutuelle (nom et adresse à préciser, et carte à joindre impérativement) :

.....

PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT À VOTRE DOSSIER

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 la carte nationale d'identité ou passeport ou autre document officiel justifiant de la nationalité.
- ☐ extrait d'acte de naissance si vous n'avez pas de numéro de Sécurité sociale.
- ☐ relevé d'identité bancaire ou postal en France ou à l'étranger des comptes à débiter ou à créditer.

Si vous êtes salarié(e) depuis plus de 3 mois à l'étranger :

- ☐ copies certifiées conforme par l'employeur de vos 3 derniers bulletins de salaire.

Sinon :

- ☐ 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).

Si vous êtes directeur de société ou gérant :

- ☐ copie des statuts de l'entreprise comportant la répartition des parts. (Si vous êtes actionnaire majoritaire, c'est le formulaire « Travailleur indépendant » que vous devez compléter).

Pour l'adhésion à l'assurance maladie en plus des documents ci-dessus.

- ☐ Copie du livret de famille ou extrait d'acte de mariage ou extrait de naissance de votre concubin(e) à charge.

Si vous, ou l'un de vos ayants droit bénéficient d'une prise en charge à 100 % (exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée) :

- ☐ copie de la notification de prise en charge.

Si vous étiez salarié(e) à l'étranger :

- ☐ justificatif(s) attestant de la couverture sociale imposée par le contrat de travail.

CADRE RÉSERVÉ À LA CFE

ASS	Rétro	Effet	OD	Options	Salaire

Le directeur de la Caisse des Français de l'Etranger est responsable du traitement des données. Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des dossiers de sécurité sociale volontaire des Français expatriés. Les destinataires des données sont les organismes de protection sociale français, la Caisse nationale d'assurance vieillesse et caisses de retraites, les mutuelles et organismes complémentaires, les consulats, le ministère des Affaires étrangères, les professionnels de santé, les établissements de santé, les employeurs mandatés et les organismes bancaires. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Correspondant Informatique et Libertés, BP 100 – 77950 Rubelles – 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 l'interruption de mon activité salariée ou de tout changement de pays ou d'employeur. 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 : article L766-2-2, L114-13 du code de la Sécurité sociale et 441.1 du code pénal).

Fait à

Le **Signature :**

Ne pas oublier de joindre les pièces justificatives