RetraitExpatSanté

Couverture santé monde entier, excepté en France

Bulletin d'adhésion à l'assurance « maladie - maternité »

Retraité titulaire d'une pension d'un régime de base obligatoire français : retraité justifiant d'une durée de cotisations à un régime français de retraite de base d'au moins 15 ans (sauf en cas d'expatriation dans les pays de l'UE, de l'EEE, en Suisse et des pays du Maghreb).

Ce formulaire et les pièces justificatives peuvent être envoyés par courrier ou par e-mail à : contact@cfe.fr.

RetraitExpat Santé FAMILLE consiste en la prise en charge des soins et hospitalisations intervenus dans le monde entier excepté en France.

Les remboursements dépendent du pays d'exécution des soins et des typologies d'actes. Les taux de remboursement ou les forfaits de prise en charge s'appliquent sur la dépense engagée. Le détail des garanties est disponible sur le site : www.cfe.fr.

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'Union Européenne).

Pour que le/la conjoint(e) soit ayant droit sur le contrat, il/elle doit également être retraité(e) d'un régime français (sous les mêmes conditions que le/l'adhérent(e) principal(e)).

1 Identification

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

Nom de naissance : .....

Nom marital (ou d'usage) : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... Nationalité : .....

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

2 Situation

Pays d'expatriation : ..... À compter du : .....

ou depuis le : .....

Jusqu'à cette date, je résidais :

◯ en France ◯ à l'étranger (préciser le pays) : .....

Date de prise en charge par le précédent organisme de protection sociale : .....

J'indique également le nom de l'organisme qui assurait ma protection sociale jusqu'à cette date : .....

.....

Ai-je conservé ma carte Vitale ? ◯ oui ◯ non

Adresse : CFE, 160 rue des Meuniers, CS 70238 - Rubelles, 77052 Melun Cedex, France • **Tél. :** 01 64 14 62 62 • **Site internet :** www.cfe.fr • **E-mail :** contact@cfe.fr

3 Adhésion

Je choisis de souscrire à l'assurance **RetraitExpat Santé FAMILLE** 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 Coordonnées

J'indique ci-après mes coordonnées :

E-mail* :..... @ .....

Adresse domicile : .....

.....

.....

Tél : .....

*** J'ai bien noté que les documents émis par la CFE seront disponibles et téléchargeables à partir de mon espace personnel. Je recevrai des notifications par mail lors de la mise à disposition des nouveaux documents sur mon espace personnel. Je m'engage à informer la CFE du changement de mon adresse électronique.**

5 Paiement des cotisations et remboursement des frais de santé

Mes appels de cotisations et mes avis de remboursement seront disponibles dans mon espace personnel que je devrai activer sur le site de la CFE (www.cfe.fr) après confirmation de mon inscription.

Pour un prélèvement automatique des cotisations (sur un compte zone SEPA uniquement), compléter le formulaire (disponible en dernière page de ce bulletin d'adhésion).

Pour recevoir les remboursements sur un compte différent de celui communiqué pour le prélèvement des cotisations, merci de l'indiquer dans le formulaire en dernière page.

Adresse : CFE, 160 rue des Meuniers, CS 70238 - Rubelles, 77052 Melun Cedex, France • **Tél. :** 01 64 14 62 62 • **Site internet :** www.cfe.fr • **E-mail :** contact@cfe.fr

6 Personnes à couvrir : conjoint(e) et/ou enfant(s) jusqu'à 18 ans (à condition de résider à l'étranger)

Le numéro de Sécurité sociale est à indiquer si connu, mais n'est pas bloquant pour l'adhésion.

CONJOINT(E)

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

Civilité : ◯ M. ◯ Mme

Nom de naissance : .....

Nom marital (ou d'usage) : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

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

Nationalité : .....

Il/elle possède une carte Vitale : ◯ oui ◯ non

E-mail : .....

ENFANT(S)

	Prénom(s)	Nom(s)	Numéro de Sécurité sociale	Date de naissance	Adresse mail (si plus de 16 ans)
Enfant 1	.....	.....	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	.....	.....
L'enfant 1 possède-t-il une carte Vitale ?			◯ **oui** ◯ **non**		
Enfant 2	.....	.....	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	.....	.....
L'enfant 2 possède-t-il une carte Vitale ?			◯ **oui** ◯ **non**		
Enfant 3	.....	.....	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	.....	.....
L'enfant 3 possède-t-il une carte Vitale ?			◯ **oui** ◯ **non**		
Enfant 4	.....	.....	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	.....	.....
L'enfant 4 possède-t-il une carte Vitale ?			◯ **oui** ◯ **non**		
Enfant 5	.....	.....	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	.....	.....
L'enfant 5 possède-t-il une carte Vitale ?			◯ **oui** ◯ **non**		

Adresse : CFE, 160 rue des Meuniers, CS 70238 - Rubelles, 77052 Melun Cedex, France • **Tél. :** 01 64 14 62 62 • **Site internet :** www.cfe.fr • **E-mail :** contact@cfe.fr

7 Pièces à joindre à votre dossier

ATTENTION, les dossiers incomplets ne pourront pas être traités. Merci de joindre les pièces justificatives suivantes :

- Copie de la carte nationale d'identité ou du passeport.
- Copie du livret de famille, extrait d'acte de mariage,extrait de naissance, à défaut attestation de PACS pour mes ayants droit (si la pièce d'identité n'indique pas le lien de parenté) ou attestation sur l'honneur de concubinage.
- Si l'un de mes ayants droit ou moi-même bénéficions d'une exonération (affection de longue durée, stérilité, maternité...), copie de la notification de prise en charge et de l'autorisation de transfert du dossier médical (le formulaire est à télécharger sur notre site internet www.cfe.fr rubrique « Documents clés »).
- Pour moi et mon/ma conjoint(e), copie des titres de pension de base française (recto/verso) obligatoire, précisant le montant brut et la date d'effet.

Pour justifier mon statut de retrait(é) français(e), ainsi que celui de mon/ma conjoint(e) :

- Un relevé de carrière justifiant de 15 ans de cotisations à un régime de retraite de base français (si je ne justifie pas de 15 années de cotisations, je devrai adhérer à MondExpat Santé).

ou

- Résider dans l'un de ces 10 pays où une convention bilatérale prévoit que la France est compétente pour la prise en charge de mes soins : Andorre, Québec, Saint-Pierre-et-Miquelon, Serbie, Bosnie-Herégovine, Monténégro, Nouvelle-Calédonie, Polynésie Française, Kosovo, Macédoine, Maroc et Tunisie.

ou

- Avoir cotisé au minimum 10 ans à la retraite de base française, si avant le 1er juillet 2019 je bénéficiais déjà d'une prise en charge de mes soins France par le régime général lors de mes séjours temporaires en France.

Pour mes remboursements réalisés par la CFE :

- Relevé d'identité bancaire ou postal.

ou

- Une attestation de ma banque en France ou à l'étranger.

Pour les États-Unis et le Canada, merci de joindre un chèque annulé au nom de l'adhérent principal.

Ce formulaire et les pièces justificatives peuvent être envoyés par courrier ou par e-mail à contact@cfe.fr

---

Les informations collectées sont susceptibles de faire l'objet d'un traitement. Ces données sont obligatoires pour le traitement de mon dossier. Elles seront utilisées pour me recontacter, me fournir les informations demandées et seront conservées pendant une durée conforme à la réglementation en vigueur. Je dispose 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 m'adressant à : contactdpo@cfe.fr.

La CFE s'engage à ne pas céder ces informations à des tiers à des fins commerciales.

◯ En cochant cette case, je consens pour moi-même et pour les personnes ci-dessus désignées au traitement de nos données personnelles, conformément à la politique de protection des données consultable sur le site : https://www.cfe.fr/fr/mentions-legales.

◯ J'accepte de recevoir les informations commerciales de la CFE.

◯ 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 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 : article L766-4-2 du code de la Sécurité sociale ; articles 313-1, 313-2-5, 441-1 et 441-6 du code pénal).

Fait à : ..... Le : .....

Signature :

Adresse : CFE, 160 rue des Meuniers, CS 70238 - Rubelles, 77052 Melun Cedex, France • **Tél. :** 01 64 14 62 62 • **Site internet :** www.cfe.fr • **E-mail :** contact@cfe.fr

RetraitExpatSanté

Couverture santé monde entier, excepté en France

Demande de prélèvement automatique

Trois bonnes raisons de choisir le prélèvement automatique

- **Contrôle et maîtrise totale :** à tout moment, je peux annuler mon accord de prélèvement.
- **Facilité :** un simple formulaire à remplir et à signer qui libère définitivement des formalités habituelles.
- **Efficacité :** oubli, retard, incidents postaux ne me concernent plus.

Mandat de prélèvement SEPA

J'autorise la Caisse des Français de l'Étranger à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte.

Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée dans les huit semaines suivant la date du débit de mon 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, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations me concernant que je peux exercer en m'adressant au responsable de traitement : **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

N°ICS (Identifiant Créancier SEPA) : FR69ZZZ237582

Nom, adresse et pays du créancier : CFE • 160, rue des Meuniers – CS 70238 Rubelles • 77052 Melun Cedex – France

Nom et prénom du titulaire du compte : ..... :

Nom, adresse et pays de résidence du débiteur : .....

.....

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 du titulaire du compte : .....

Compte à créditer : numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN

|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|

Code international d'identification de votre banque – BIC : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse : CFE, 160 rue des Meuniers, CS 70238 - Rubelles, 77052 Melun Cedex, France • **Tél. :** 01 64 14 62 62 • **Site internet :** www.cfe.fr • **E-mail :** contact@cfe.fr