

ADRESSES

À l'étranger.....
.....
Tél..... Fax.....
En France.....
.....
Tél..... Fax.....
E-mail.....

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) :

DEMANDE DE RATTACHEMENT DE VOTRE CONJOINT(E) OU CONCUBIN(E)

Attestation de la qualité d'ayant droit (Application des articles L766-1-1 et R 766-4-1 du Code de la Sécurité sociale)

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

Mademoiselle Madame Monsieur Nom et prénoms.....

N'exerce aucune activité professionnelle

En cas d'exercice d'une activité professionnelle, celle-ci est-elle : régulière temporaire

Quel est le nombre d'heures hebdomadaires ?..... Quel est le salaire mensuel ?..... (Précisez la devise)

N'a pas de ressources personnelles

En cas de ressources personnelles, montant..... (Précisez la devise) et nature

Ne bénéficie d'aucune retraite, pension ou rente à titre individuel

Je confirme que la personne désignée ci-dessus est bien à ma charge totale, effective et permanente depuis le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Je m'engage à porter immédiatement à la connaissance de la Caisse des Français de l'Étranger tout changement survenant dans sa situation.

La caisse des français de l'étranger se réserve le droit de procéder à tout moment au contrôle relatif à cette déclaration.

ADHÉSION

Je choisis de cotiser à l'assurance Maladie - Maternité

Option séjours en France de 3 à 6 mois oui non

Après étude de votre dossier, la cotisation fera l'objet soit d'un prélèvement direct sur le montant de chacune de vos pensions françaises (régimes de base et complémentaires), soit d'un appel trimestriel de cotisations qui vous sera adressé : ceci est fonction du montant annuel de vos retraites.

Avez-vous exercé une activité professionnelle sur le territoire français ? oui non

période

Exercez-vous une activité professionnelle vous procurant des revenus ? oui non

Si oui, précisez laquelle

depuis le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Montant trimestriel des revenus professionnels |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| euros

ATTESTATION DE SITUATION À LA DATE DE LA DEMANDE D'ADHÉSION

Organismes versant vos avantages de retraite

Coordonnées des Caisses françaises qui vous versent un avantage de base	Date d'effet	Nbre de trimestres validés	Numéro des pensions	Montant trimestriel de l'avantage servi en euros

Coordonnées des Caisses françaises qui vous versent un avantage complémentaire	Date d'effet	Nbre de trimestres validés	Numéro des pensions	Montant trimestriel de l'avantage servi en euros

Indiquez systématiquement toutes les pensions françaises dont vous êtes bénéficiaire et joignez impérativement les photocopies des titres de pension recto et verso.

Important : si vous êtes titulaire d'une pension de la Trésorerie Générale, vous devez demander le transfert de votre dossier à la TG de Nantes – 30, rue de Malville, 44040 Nantes cedex, avant de formuler votre demande d'adhésion (sauf si vous résidez dans les TOM).

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. (inutile si vous étiez déjà adhérent à la CFE) ;
- relevé d'identité bancaire ou postal en France ou à l'étranger, du ou des comptes à débiter ou à créditer ;
- copie du livret de famille ou extrait d'acte de mariage, de PACS ou extrait de naissance de votre concubin(e) à charge ;
- extrait d'acte de naissance si vous n'avez pas de numéro de Sécurité sociale ;
- si vous, ou l'un de vos ayants droit bénéficiant d'une prise en charge à 100% (exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée), copie de la notification de prise en charge ;
- copie de votre dernière déclaration de revenus (si vous êtes domicilié(e) fiscalement en France) ;
- copie des titres de pension française (recto-verso) **obligatoire**.

CADRE RÉSERVÉ À LA CFE

ASS	Rétro	Effet	OD	Options	Salaire

La loi 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès 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 de l'interruption de mon activité ou 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 : 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

COTISATIONS TRIMESTRIELLES - ANNÉE 2009

MALADIE-MATERNITÉ selon montant des pensions de retraite :

- si pensions < 14 743 € : cotisation forfaitaire minimale de 129 € réglée par le pensionné,
- si pensions > 14 743 € : cotisation de 3,5 % prélevée directement sur chacune des retraites.

Option pour les soins dispensés en France, séjours de 3 à 6 mois :

- si pensions < 14 743 € : cotisation forfaitaire minimale de 87 € réglée par le pensionné,
- si pensions > 14 743 € : cotisation de 2 % prélevée directement sur chacune des retraites.