

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) :

ACTIVITÉ SALARIÉE À L'ÉTRANGER

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

Depuis le | | | | |

Profession

Salaire mensuel brut moyen (primes et indemnités comprises)

Êtes-vous Directeur ou gérant de la société oui non

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

oui non

• Option indemnités journalières, capital décès

oui non

• Option séjours en France de 3 à 6 mois

oui non

ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES

oui non

• Base annuelle choisie | | | | | euros

• Option voyages d'expatriation aller et retour

oui non

VIEILLESSE (CNAV)

oui non

• Date d'effet souhaitée pour cette assurance :

À partir du 1^{er} jour du trimestre civil en cours

À partir du 1^{er} jour du trimestre civil suivant ma demande

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.

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).

Extrait d'acte de naissance si vous n'avez pas de numéro de Sécurité sociale (document indispensable si vous souscrivez à l'assurance vieillesse).

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.

Si non : 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 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.

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

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

(Calculées par rapport au plafond annuel de la Sécurité sociale soit 34 308 €)

NB : les bases de calcul des cotisations sont expliquées par catégorie sur notre site www.cfe.fr

MALADIE-MATERNITÉ-INVALIDITÉ

RESSOURCES ⁽¹⁾ ANNUELLES	Égales ou supérieures à 34 308 €			Entre 22 872 € et 34 307 €			Inférieures à 22 872 €		
CATÉGORIE	1 ^{ère}			2 ^{ème}			3 ^{ème}		
BASE DE CALCUL DE COTISATION	34 308 €			22 872 €			17 154 €		
ÂGE DE L'ADHÉRENT	35 ans et plus	Entre 30 et moins de 35 ans	Moins de 30 ans	35 ans et plus	Entre 30 et moins de 35 ans	Moins de 30 ans	35 ans et plus	Entre 30 et moins de 35 ans	Moins de 30 ans
MONTANT TRIMESTRIEL	522 €	471 €	417 €	348 €	312 €	279 €	261 €	234 €	210 €
OPTION : indemnités journalières maladie-maternité, capital décès (par trimestre)	54 €			36 €			27 €		
OPTION : pour les soins dispensés en France, séjours de 3 à 6 mois (par trimestre)	171 €			114 €			87 €		

(1) Si vos ressources sont inférieures à 17 154 €, vous pouvez éventuellement bénéficier de la prise en charge d'une partie de la cotisation de la 3^{ème} catégorie à l'assurance de base maladie-maternité-invalidité par le budget de l'action sanitaire et sociale de la CFE. La demande doit être formulée auprès du consulat de rattachement. Montant unique de la cotisation trimestrielle 3^{ème} catégorie «aidée» : 174 €.

ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES

La cotisation trimestrielle est calculée sur une **base choisie par l'assuré** entre le minimum et le maximum indiqués ci-dessous

	Taux	BASE ANNUELLE MINIMALE de cotisations : 16 870 €	BASE ANNUELLE MAXIMALE de cotisations : 134 960 €
MONTANT TRIMESTRIEL	1 %	42 €	336 €
OPTION VOYAGES D'EXPATRIATION (ALLER-RETOUR), PAR TRIMESTRE	0,20 %	9 €	66 €

VIEILLESSE

RESSOURCES ⁽¹⁾ ANNUELLES	Égales ou supérieures à 34 308 €	Entre 17 154 € et 34 307 €	Inférieures à 17 154 €	Assurés âgés de moins de 22 ans
CATÉGORIE	1 ^{ère}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème}
BASE DE CALCUL DE COTISATION	34 308 €	25 731 €	17 154 €	8 577 €
MONTANT TRIMESTRIEL	1 365 €	1 023 €	681 €	342 €

RETRAITE COMPLÉMENTAIRE

En adhérant à l'assurance volontaire vieillesse de la CFE, vous cotisez pour votre future retraite de la Sécurité sociale. Le prolongement de la retraite complémentaire française (AGIRC – ARRCO) est à souscrire auprès des caisses de retraite des expatriés (CRE-IRCAFEX) dont l'adresse est sur www.cfe.fr, rubrique « Nos partenaires, organismes d'expatriation ».