



## 4. PAIEMENT DES COTISATIONS ET REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ

Mes 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 zone Euro uniquement), joindre le formulaire complété et signé (disponible en dernière page de ce bulletin d'adhésion).

Mon courrier administratif sera envoyé :

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

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

Je désire être remboursé(e) :

sur mon compte postal ou bancaire en France     sur mon compte bancaire à l'étranger

par mandat international

Mes avis de remboursement seront envoyés :

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

à ma mutuelle (joindre obligatoirement la photocopie recto/verso de votre carte de mutuelle).....

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

## 5. DEMANDE DE RATTACHEMENT DE VOS AYANTS DROIT

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

Madame     Monsieur

Nom et prénoms .....

N° de Sécurité sociale (si connu) | |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

N'exerce aucune activité professionnelle

En cas d'activité professionnelle, précisez le salaire mensuel.....

N'a pas de ressources personnelles

En cas de ressources personnelles, précisez le montant annuel.....

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.

Nombre d'autres ayants droit à charge ? |\_|\_|

Voir en page 4 les pièces justificatives à joindre.

Vous-même ou l'un de vos ayants droit étiez pris en charge à 100 %

oui     non

Voir en page 4 les pièces justificatives à joindre.

## 6. ADHÉSION À L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

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).

Date de début d'activité non salariée à l'étranger |\_\_|\_| |\_\_|\_| |\_\_|\_|\_|\_|\_|

Activité principale :

artisan  commerçant  exploitant agricole  profession libérale  autre (à préciser) .....

En plus de l'assurance de base, je choisis de cotiser à l'option séjours en France de trois à six mois  oui  non

### DÉCLARATION DE REVENUS PERSONNELS POUR LE DERNIER EXERCICE IMPOSÉ

Année |\_\_|\_|\_|\_|

Ressources annuelles	Montant en devises locales	Montant en euros
Revenus professionnels bruts* (avant toute déduction)		
Autres revenus personnels .....		
de quelque nature : à détailler .....		
(En France ou à l'étranger) .....		
.....		
.....		
<b>TOTAL</b>		

En l'absence de certification de la déclaration de ressources par l'administration fiscale, les cotisations seront calculées sur la **1<sup>re</sup> catégorie** de cotisations, soit la plus élevée.

\*Ce montant est vérifiable dans mes livres comptables. Les justificatifs peuvent être communiqués à tout moment, à la Caisse des Français de l'Étranger, sur sa demande. La CFE pourra à tout moment vous demander la justification de vos revenus (Art. D 763-1 du code de la Sécurité sociale).

### PARTIE RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION FISCALE DU PAYS D'EXPATRIATION\*

For official use by tax authorities of expatriate's host country

Parte reservada a la administración fiscal del país de expatriación

**Je soussigné(e), certifie que les éléments ci-dessus sont conformes aux déclarations faites à l'administration fiscale et aux impositions correspondantes.**

I, the undersigned, hereby certify that the above particulars are consistent with declarations made to the tax authorities and with the relevant tax assessments.

El (la) abajo, firmante certifica que los elementos anteriores están conformes a las declaraciones realizadas a la administración fiscal y a las imposiciones correspondientes.

Date Date/Fecha	Qualité du signataire Title of person signing/Cargo del firmante	Cachet de l'administration (obligatoire) Official stamp of authority/Sello de la administración
Signature Signature/Firma		

\*Zone à faire compléter si vous résidiez déjà à l'étranger pour l'année considérée. (La certification par l'administration fiscale locale n'est pas nécessaire si les ressources annuelles déclarées sont supérieures au plafond de la Sécurité sociale).

## PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT À VOTRE DOSSIER

### ATTENTION

**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 zone Euro (ou attestation de votre banque) pour vos prélèvements automatiques de cotisations
  - relevé d'identité bancaire ou postal, ou une attestation de votre banque à votre nom en France ou à l'étranger pour vos remboursements réalisés par la CFE
  - copie de l'attestation d'affiliation délivrée par votre précédente caisse de Sécurité sociale précisant vos ayants droit
- ou, à défaut :**
- copie du livret de famille ou extrait d'acte de mariage, ou extrait de naissance ou à défaut attestation de PACS pour vos ayants droit
  - extrait d'acte de naissance si vous n'avez pas de numéro de Sécurité sociale
  - 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](http://www.cfe.fr) rubrique Vos imprimés)
  - si vos avis de remboursement sont envoyés à votre mutuelle : carte de mutuelle en cours de validité (recto/verso)
  - justificatif de votre activité professionnelle à l'étranger (statut, inscription au statut du registre du commerce, contrat de consultance...)**
  - justificatif des ressources de toute nature perçues en France et à l'étranger au cours de l'année précédente (en l'absence de justificatifs, les cotisations seront calculées sur la première catégorie de cotisation, soit la plus élevée)

### Si vous êtes directeur de société ou gérant :

- copie des statuts de l'entreprise comportant la répartition des parts (si vous êtes actionnaire minoritaire, c'est le formulaire "salarié" que vous devez compléter).

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 RELATION CLIENT – TSA 64298 – 77284 Avon 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 l'interruption de mon activité et 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).

Fait à .....

Le ..... **Signature :**

**Ne pas oublier de joindre les pièces justificatives**

Ce formulaire et les pièces justificatives peuvent être envoyés par courrier ou sous format dématérialisé à l'adresse e-mail : [fichier@cfe.fr](mailto:fichier@cfe.fr)



# DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT

## DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT DE COTISATIONS

À retourner à la Caisse des Français de l'Étranger par courrier accompagné d'un relevé d'identité bancaire

### 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.

### COMMENT EN BÉNÉFICIER ?

Remplissez et signez **le formulaire** ci-dessous puis retournez-le à la Caisse des Français de l'Étranger, **accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal comportant les codes IBAN et BIC** à l'adresse suivante :

CFE FICHIER – TSA 44296 – 77284 Avon CEDEX – France

Votre numéro de sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Caisse des Français de l'Étranger à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre 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, BP 100 - 77950 Rubelles – France.

Référence unique du mandat (RUM): il sera rempli par la CFE et vous sera communiqué sur votre prochain appel de cotisation :

| | | | | | | | | | | | | | | | | |

ZONE À REMPLIR PAR L'ADHÉRENT	
<b>Siret:</b> 33212389200017	<b>Raison sociale:</b> Caisse des Français de l'Étranger
<b>Nom et prénom de l'adhérent</b> .....	<b>N°ICS (identifiant créancier SEPA):</b> FR69ZZZ37582
<b>Nom, adresse et pays de résidence du débiteur</b> .....	<b>Nom, adresse et pays du créancier (la CFE):</b> Caisse des Français de l'Étranger 160, rue des Meuniers BP 100 – 77950 Rubelles – FRANCE
.....	
.....	
.....	
COMPTE À DÉBITER	
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN 	Code international d'identification de votre banque – BIC 
Le 	Signature :