

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

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 artisan commerçant exploitant agricole profession libérale autre (à préciser)

Profession à titre principal à titre secondaire Précisez dans ce cas l'activité principale :

JE CHOISIS DE COTISER À L'ASSURANCE MALADIE - MATERNITÉ

Option séjours en France de 3 à 6 mois oui non

DÉCLARATION DE REVENUS PERSONNELS POUR LE DERNIER EXERCICE IMPOSÉ

(Inutile s'il s'agit de la 1^{ère} année d'exercice, dans ce cas, une cotisation forfaitaire est appliquée, sur la base de la deuxième catégorie de cotisations).

Année |_|_|_|_|

Ressources annuelles	Montant en devises locales	Montant en euros
Revenus professionnels bruts* (avant toute déduction)		
Autres revenus personnels de quelque nature : à détailler		
.....
.....
.....
.....
Total		

*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 impositions correspondientes.

Date

Date/Fecha

Signature

Signature/Firma

Qualité du signataire

Title of person signing/Cargo del firmante

Cachet de l'administration (obligatoire)

Official stamp of authority/Sello de la administración

*Zone à faire compléter si vous résidez 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 Sécurité sociale).

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 ;
- justificatif de votre activité professionnelle.

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).

CADRE RÉSERVÉ À LA CFE

ASS	Rétro	Effet	OD	Options	Salaires

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

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	Catégorie aidée ⁽²⁾
TRAVAILLEUR INDÉPENDANT	579 €	522 €	462 €	387 €	348 €	309 €	288 €	258 €	231 €	192 €
OPTION : pour les soins dispensés en France, séjours de 3 à 6 mois	171 €			114 €			87 €			

(1) **Ressources prises en compte pour les travailleurs indépendants** : totalité des ressources personnelles annuelles, de quelque nature qu'elles soient, dont revenu professionnel brut (avant déduction de toutes natures) pour le dernier exercice imposé avant demande d'adhésion. Si 1^{ère} année d'activité, cotisation calculée sur base forfaitaire (2^{ème} catégorie).

Ressources prises en compte pour les personnes sans activité : totalité des ressources annuelles du ménage (y compris celles du conjoint ou concubin, quelle que soit sa nationalité) perçues à l'étranger et en France, pendant l'année civile qui précède la demande d'adhésion.

(2) **3^{ème} catégorie aidée** : si vos ressources annuelles 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 par le budget de l'action sanitaire et sociale de la CFE. La demande doit être formulée auprès du consulat de rattachement.