# BULLETIN D'ADHÉSION ET DE LIAISONS
# CFE / B.I.L. Assurances

❑ **Adhésion nouvelle**
❑ Modification adhésion existante

## IDENTIFICATION DE L'ADHERENT

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle
Nom ……..…….…… Nom de jeune fille…….……...……
Prénom(s) …….

N° de Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| *joindre une copie de l'attestation Sécurité sociale ou extrait de naissance si vous n'avez pas de numéro*

Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Lieu ……. Nationalité …… *joindre une copie de la carte nationale d'identité ou du passeport*

Etat civil : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ veuf(e) ☐ divorcé(e) ☐ séparé(e) ☐ concubinage (avec ou sans pacs)

## SITUATION

Pays d'expatriation ……..……..…… Date d'expatriation |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
Pays d'origine …….
Actuellement, je réside ☐ en France et ce, jusqu'au |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
☐ à l'étranger ( pays ……..) et ce, depuis le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

## ADRESSES ET COORDONNEES BANCAIRES

Adresse à l'étranger …….……
……...
Tel …… Fax …….……..
Adresse en France ……...…….……
……...
Tel …….. Fax …….
E mail ……
---

Mon courrier administratif (contrat,…) sera envoyé :
☐ à mon adresse en France ☐ à mon adresse à l'étranger

Mes appels de cotisations seront envoyés :
☐ à mon adresse en France ☐ à mon adresse à l'étranger
☐ à l'adresse de la personne ou entreprise qui règle la cotisation ……..
……

Mes avis de remboursement seront envoyés :
☐ à mon adresse en France ☐ à mon adresse à l'étranger

Je désire être remboursé(e) :
☐ sur mon compte en France ☐ sur mon compte à l'étranger *joindre dans tous les cas un RIB, IBAN, ABA, SWIFT CODE…*
☐ sur le compte du mandataire de mon choix que j'autorise à percevoir les prestations qui me sont dues

## COMPOSITION DE LA FAMILLE

*(joindre Copie du livret de famille ou Extrait d'acte de mariage ou Extrait de naissance de votre concubin(e)/pacsé(e) à charge et/ou Certificat de scolarité pour vos enfants à charge entre 18 et 20 ans )*

| Membres de la famille | Nom de naissance | Prénom(s) | Sexe (F/M) | Date de naissance | N°Sécurité Sociale |
|---|---|---|---|---|---|
| Conjoint(e)/Concubin(e)/Pacsé(e) * | | | | | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |
| 1er enfant | | | | | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |
| 2e enfant | | | | | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |
| 3e enfant | | | | | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |
| 4e enfant | | | | | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |
| 5e enfant | | | | | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| |

* S'il n'exerce pas d'activité professionnelle et ne bénéficie d'aucune protection sociale, complétez « **l'Attestation de qualité d'ayant droit** » ci-après :

ATTESTATION DE LA QUALITE D'AYANT DROIT
*(A compléter uniquement si vous souscrivez à l'assurance "maladie – maternité - invalidité" de la CFE)*

***Je déclare sur l'honneur que mon(a) conjoint(e) ou concubin(e) :*** ……

Est à ma charge totale, effective et permanente depuis le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|, n'a pas de ressources personnelles, n'exerce aucune activité professionnelle et ne perçoit, à titre individuel, aucune retraite, pension ou rente

# CONDITIONS DU CONTRAT

CFE
BP 100 – 77950 RUBELLES

Adhésion demandée à compter du |_|_| |_|_| |_|_|_|_| pour les risques :
*La date d'adhésion souhaitée ne sera retenue que dans la limite de la législation applicable.*

☐ **MALADIE-MATERNITE**

☐ **option séjours en France de 3 à 6 mois**

Important : vous avez la possibilité d'adhérer sous certaines conditions à l'assurance volontaire vieillesse des parents, chargés de famille. Une documentation spécifique est réservée à cette assurance : à réclamer par courrier, téléphone, fax, e-mail ou à télécharger sur notre 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'U.E.)*

NON SALARIE

**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 : …….

➢ *joindre un justificatif de votre activité professionnelle*

SANS ACTIVITE

**Date de cessation d'activité** |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Statut
☐ chômeur ou pré-retraité(e)*
➢ *joindre l'attestation délivrée par l'organisme débiteur*
☐ titulaire d'une rente accident du travail ou d'une pension d'invalidité
➢ *joindre la copie de la notification de la rente ou de la pension*
☐ veuf(ve), divorcé(e), séparé(e) d'un(e) assuré(e) social(e)
☐ conjoint(e), veuf(ve), divorcé(e), d'un(e) français(e) non assuré(e) ou d'un(e) étranger(ère)
➢ *joindre la copie du livret de famille et indiquez le numéro de Sécurité sociale de l'assuré€ social(e)*
☐ autre, à préciser : ……..
* La cotisation est prélevée sur l'allocation versée par l'organisme débiteur

REVENUS BRUTS DE L'ANNEE CIVILE PRECEDANT L'ANNEE DE LA DECLARATION

Année |_|_|_|_|

(Pour les travailleurs non salariés, s'il s'agit de la 1ère année d'exercice, une cotisation forfaitaire est appliquée, sur la base de la deuxième catégorie de cotisations).

| | Montant en devises locales | Montant en euros |
|---|---|---|
| Revenus professionnels * avant toutes déduction | | |
| Revenus fonciers | | |
| Revenus mobiliers (actions, placements) | | |
| Revenus de toutes natures du conjoint ou concubin (PACS ou non) | | |
| TOTAL DES REVENUS | | |

* 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.D763-1 du code de la Sécurité sociale

ETUDIANT

**Date de début de scolarité à l'étranger** : ……

Nom et adresse de l'établissement fréquenté : ……
……
……

➢ *joindre l'attestation de scolarité*

R E T R A I T E

**Date de cessation d'activité** |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

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 A LA DATE DE LA DEMANDE D'ADHESION

Organismes versant vos avantages de retraite

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

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

➢ *Indiquer systématiquement toutes les pensions françaises dont vous êtes bénéficiaire, et joindre impérativement les photocopies des titres de pension recto et verso.*

Important : si vous êtes titulaire de la Trésorerie Générale, vous devez demander le transfert de votre dossier à la TG de Nantes – 40, rue de Malville, 44040 Nantes cedex, avant de formuler votre demande d'adhésion (sauf si vous résidez dans les TOM).

**B.I.L. Assurances**
BP 35 - 74270 FRANGY – France

Adhésion demandée à compter du |_|_| |_|_| |_|_|_|_| pour les garanties :

**GARANTIE SANTE** : ☐ ALLEGRO ☐ ALTISSIMO

**ASSISTANCE** ☐ OUI ☐ NON

**PREVOYANCE – DECES** ☐10 000 € X _____ soit un capital garanti de _____ €
(Capital décès par tranche de 10 000 € limité à 100 000 €)
☐ Capital étendu au conjoint (montant identique)

*L'adhésion au présent régime sera effective sous réserve :*
- *de l'avis favorable du Médecin Conseil d'ALLIANZ, qui statue à partir du questionnaire médical dûment rempli par chaque bénéficiaire et joint sous pli cacheté au présent bulletin d'adhésion.*
- *du versement d'un acompte équivalent à 6 mois de cotisations*

Je soussigné(e), certifie exactes, complètes et sincères les déclarations ci-dessus et je demande à bénéficier des prestations issues de l'adhésion mentionnée ci-dessus.

J'atteste l'exactitude des renseignements portés sur ce document et je déclare accepter les conditions d'adhésion après en avoir pris connaissance.

J'autorise ALLIANZ à percevoir pour moi les remboursements des frais médicaux et d'hospitalisations qui me sont dus par la CFE, afin que soit effectué un remboursement unique comprenant les garanties de base et complémentaire.

Je m'engage à informer la CFE et B.I.L. Assurances de toute modification de ma situation et (ou) de celle de mon conjoint ou concubin, et notamment de mon activité salariée ou de tout changement de pays ou d'employeur.

Fait à ……... Le…….. **Signature de l'assuré(e)**
(Précédée de la mention " lu et approuvé")

La loi 78.17 du 06 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 et de l'IMS.