



### ③ SITUATION DE FAMILLE

(À compléter si vous avez souscrit pour le risque maladie - maternité - invalidité)

• Je suis :

célibataire     marié(e)     veuf(ve)     divorcé(e) ou séparé(e)     en concubinage (avec ou sans PACS)

Mon(a) conjoint(e) ou concubin(e)

Nom et prénoms ..... Né(e) le : .....

- exerce une activité professionnelle     oui     non <sup>(1)</sup>

- est retraité(e)     oui     non <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Si non, joignez une photocopie de l'attestation délivrée par votre précédente caisse de Sécurité sociale avec votre carte vitale.

À défaut, ou si cet ayant droit ne figure pas sur cette attestation, transmettez-nous pour :

- votre conjoint(e) : une copie de votre livret de famille ou de l'acte de mariage ;

- votre concubin(e) : une copie de son acte de naissance, de son passeport ou de sa carte nationale d'identité, et complétez le cadre ci-après.

#### Attestation de non activité du conjoint ou du concubin

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

est à ma charge totale, effective et permanente depuis le     et qu'il

ne bénéficie pas, à titre individuel, d'un régime obligatoire de Sécurité sociale français ou étranger

n'exerce aucune activité professionnelle

ne perçoit, à titre individuel, aucune retraite, pension ou rente

Fait à ..... Le ..... **Signature de l'assuré(e)**

• Avez-vous d'autres ayants droit à charge ?     oui     non

Si oui, joignez : - une photocopie de l'attestation délivrée par votre précédente caisse de Sécurité sociale avec votre carte vitale.

À défaut, ou si ces ayants droit ne figurent pas sur cette attestation, transmettez-nous la copie de votre livret de famille ou de l'acte de naissance les concernant ;

- un certificat de scolarité pour vos enfants âgés de 16 à 20 ans.

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

Si oui, joignez une copie de la notification d'exonération du ticket modérateur.

### ④ AVIS DE REMBOURSEMENT ET REMBOURSEMENTS

(À compléter si vous avez souscrit pour le risque maladie - maternité - invalidité et (ou) le risque accidents du travail - maladies professionnelles)

#### Mes avis de remboursement

• Ils seront envoyés à mon adresse indiquée au ①,     à l'étranger     en France, si l'assureur complémentaire de ma société n'est pas partenaire de la CFE.

• Si l'assureur complémentaire de ma société est partenaire de la CFE, il reçoit directement les informations relatives à mes remboursements et les avis me seront envoyés, pour information, à mon adresse indiquée au ①,     à l'étranger     en France.

#### Mes remboursements seront effectués

Sur mon compte bancaire ou postal (joignez le relevé d'identité correspondant, RIB ou RIP) ;

Sur le compte de mon entreprise mandataire ;

Sur le compte de l'assurance complémentaire avec laquelle mon entreprise a signé un contrat, ses coordonnées .....

Les prestations des assurances volontaires ne sont dues que si les cotisations exigibles ont été versées avant la survenance du risque (article L 766.2.1 du code de la Sécurité sociale).

*Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à informer la Caisse des Français de l'Étranger de toute modification de ma situation et (ou) de celle de mon conjoint ou concubin. Je donne autorisation à la CFE de régler les prestations selon les modalités convenues avec l'entreprise mandataire. 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, L377.1 du code de la Sécurité sociale et 441.1 du code pénal).*

Fait à ..... Le ..... **Signature de l'assuré(e)**

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.