Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES
AFFAIRES ÉTRANGÈRES
ET EUROPÉENNES

Caisse des Français de l'Étranger
La Sécurité sociale des expatriés

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE D'UNE PARTIE DE LA COTISATION À L'ASSURANCE MALADIE DE LA CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ÉTRANGER

(article L.766-2-3 du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT : ce document doit être adressé ou déposé au consulat de résidence, en aucun cas à la CFE. Avant de le compléter, veuillez prendre connaissance de la notice pratique au verso.
Ce document doit impérativement être accompagné des justificatifs de ressources et charges à fournir à l'appui de la demande.

À COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR

IDENTIFICATION

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... /..... /.....

Numéro de Sécurité sociale (si le demandeur en possède un) .....

Numéro d'inscription au registre des Français établis hors de France : .....

Adresse : .....

.....

Numéro de téléphone : ..... Mail : .....

Êtes-vous actuellement adhérent(e) pour l'assurance maladie à la CFE ?

☐ Oui ☐ Non **(le dossier d'adhésion à la CFE doit impérativement accompagner la présente demande)**

Bénéficiez-vous d'une aide sociale consulaire ? ☐ Oui (laquelle ? .....) ☐ Non

SITUATION PERSONNELLE

Date d'entrée dans le pays de résidence : .....

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Vie maritale ☐ Veuf(ve)

☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Pacsé(e)

Nom, Prénom, date de naissance et situation professionnelle du conjoint ou concubin : .....

.....

Nombre d'enfants à charge : .....

Année de naissance des enfants : .....

Autres personnes à charge (précisez le lien de parenté) : .....

SITUATION PROFESSIONNELLE À LA DATE DE LA DEMANDE

Profession : .....

☐ Salarié(e) depuis le : ..... /..... /..... Employeur : .....

☐ Travailleur(se) non salarié(e) depuis le : ..... /..... /.....

☐ Commerçant ☐ Artisan ☐ Activité agricole ☐ Industriel ☐ Profession libérale

☐ Sans activité professionnelle depuis le : ..... /..... /.....

Précisez votre situation : .....

REVENUS BRUTS (année civile précédant la demande)

Salaires + primes + indemnités : .....

Revenus professionnels : .....

Pensions ou rentes : .....

Revenus fonciers : .....

Revenus mobiliers (actions, placements) : .....

Total des revenus : .....

CHARGES

Impôt acquitté l'année précédente : .....

Retenues obligatoires sur pensions ou rentes : .....

Charges sociales obligatoires (assurance maladie/maternité) : .....

Personnel de service (nombre d'employés, coût mensuel) : .....

DIVERS

Capital foncier (localisation, valeur d'achat) : .....

Propriétaire véhicule – automobile, moto, bateau – (type, année, valeur d'achat) : .....

.....

OBSERVATIONS ÉVENTUELLES

.....

.....

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements ci-dessus et m'engage à signaler tout fait nouveau modifiant la présente demande.

Signature du demandeur

Fait à : ..... le : ..... /..... /.....

La loi punit de peines sévères quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.

PARTIE RÉSERVÉE AU SERVICE CONSULAIRE

Date d'enregistrement de la demande : ..... /..... /.....

Cachet du Consulat ou de l'Ambassade

Ressources annuelles retenues (précisez la devise) : .....

dont salaires (primes et indemnités diverses comprises) : .....

DÉCISION ☐ ACCORD ☐ REFUS – motif : .....

Date de la décision : ..... /..... /.....

Signature/cachet du chef de poste

PARTIE RÉSERVÉE À LA CFE

Demandeur déjà adhérent : ☐ Oui ☐ Non

Date d'effet de l'adhésion : ..... /..... /.....

Bénéfice de l'aide : ☐ Oui ☐ Non

Date d'effet de l'aide : ..... /..... /.....

Dossier classé sans suite le : ..... /..... /.....

Motif : .....

.....

.....

NOTICE PRATIQUE

POUR BÉNÉFICIER DE LA PRISE EN CHARGE DE LA COTISATION DE L'ASSURANCE MALADIE, VOUS DEVEZ :

– être de nationalité française ;
– résider hors de l'Espace Économique Européen, de la Suisse ou d'un Territoire d'Outre-Mer ;
– être inscrit(e) ou en instance d'inscription auprès du consulat territorialement compétent, au registre des Français établis hors de France ;
– adhérer à titre individuel en tant que salarié(e), non-salarié(e) ou autre catégorie (sont exclues les catégories étudiants, pensionnés et les salariés dont l'entreprise est le mandataire des cotisations) ;
– avoir des ressources inférieures à la moitié du plafond annuel de la Sécurité sociale (voir le barème des cotisations CFE).

MODALITÉS PRATIQUES

Vous devez :
– compléter et signer votre demande ;
– joindre les justificatifs de vos ressources et charges ;
– **joindre votre demande d'adhésion dûment complétée et signée (si vous n'êtes pas ou plus adhérent à l'assurance maladie maternité de la CFE) ;**
– déposer ou adresser votre dossier au consulat.

La demande d'aide doit être déposée auprès du consulat compétent qui est votre seul interlocuteur pour toutes les questions pratiques relatives à la constitution de votre dossier.

EXAMEN DE LA DEMANDE

La demande d'aide est examinée par une commission locale réunie par les autorités diplomatiques ou consulaires. La décision prise est notifiée au demandeur et transmise (accompagnée, s'il y a lieu, de la demande d'adhésion) à la CFE.

La CFE, après avoir vérifié que les conditions générales d'adhésion sont remplies, confirme son adhésion à l'assuré(e). Le bénéfice de l'aide et l'adhésion (pour les personnes n'étant pas déjà affiliées à la CFE) prennent effet le 1er jour du mois qui suit la réception par la CFE de la décision du chef de poste diplomatique ou consulaire.

EN QUOI CONSISTE L'AIDE ?

Elle consiste, avec le concours du fonds social du ministère des Affaires étrangères et européennes, en la prise en charge par la CFE, sur son budget d'action sanitaire et sociale, du tiers de la cotisation de la 3ème catégorie de l'assurance maladie de base.

IMPORTANT

– Pour bénéficier de l'aide, le demandeur, s'il est adhérent de la CFE, doit être totalement à jour de ses cotisations.
– La rétroactivité de cotisations prévue en cas d'adhésion tardive s'applique pour les personnes âgées de plus de 35 ans et expatriées depuis plus de 2 ans.
– Pour les personnes non adhérentes à la CFE, le droit aux prestations est ouvert :
• pour les personnes de moins de 45 ans : à compter du 1er jour du 4e mois qui suit la date d'adhésion ;
• pour les personnes âgées de 45 ans et plus : à partir du 1er jour du 7e mois qui suit la date d'adhésion.
– La prise en charge partielle des cotisations ne se cumule pas avec la ristourne dont peuvent bénéficier les assurés de moins de 35 ans.
– Un contrôle périodique des ressources est assuré par le consulat.
– Le bénéficiaire de l'aide est tenu d'informer les services consulaires de toutes modifications de sa situation personnelle ou patrimoniale (changement d'adresse, évolution des ressources…).

Mars 2009