

ENTREPRISE MANDATAIRE

Feuillet d'information permettant la création de l'entité

Ce formulaire et les pièces justificatives peuvent être envoyés par courrier ou sous format dématérialisé à l'adresse e-mail : **entreprises@cfe.fr**

1. IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Raison sociale

Adresse.....

.....

Tél. N° de SIRET :

Nom du correspondant de mon entreprise pour le suivi administratif

Tél. E-mail

Vous appartenez à un groupe oui non

Nom de la société mère.....

Adresse.....

.....

Vous êtes une association de volontariat oui non

2. RISQUES SOUSCRITS

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'Union européenne).

L'entreprise demande l'adhésion de son personnel aux assurances CFE suivantes :

MALADIE-MATERNITÉ-INVALIDITÉ oui non

• Option indemnités journalières, capital décès oui non

• Rémunération mensuelle moyenne supérieure
au plafond de la Sécurité sociale pour tous les expatriés oui non

ACCIDENTS DU TRAVAIL-MALADIES PROFESSIONNELLES oui non
(option "voyages d'expatriation" incluse)

IMPORTANT : la base annuelle de cotisations accidents du travail doit être précisée sur chaque bulletin individuel d'adhésion

VIEILLESSE (gérée par l'Assurance Retraite) oui non

• Rémunération mensuelle moyenne supérieure
au plafond de la Sécurité sociale pour tous les expatriés oui non

3. APPEL DES COTISATIONS

L'appel des cotisations CFE sera envoyé à l'adresse de la raison sociale de l'entreprise mandataire mentionnée au 1.
 oui non

Autrement, préciser les coordonnées du destinataire.....

.....

Nom du correspondant de mon entreprise concernant les cotisations

Tél. E-mail

Le point 4 doit être impérativement complété si l'entreprise demande l'adhésion de son personnel à l'assurance Maladie-Maternité-Invalidité et (ou) à l'assurance Accidents du travail-Maladies professionnelles.

4. ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

L'entreprise a signé un contrat d'assurance pour une couverture complémentaire des soins oui non

Coordonnées de la mutuelle ou de la compagnie d'assurance complémentaire (nom et adresse):

.....

.....

5. AVIS DE REMBOURSEMENT ET REMBOURSEMENTS

Les modalités d'acheminement des avis de remboursement et le destinataire du remboursement sont à préciser sur chaque bulletin individuel d'adhésion.

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à informer la CFE de toute modification. Les fraudes ou fausses déclarations exposent à l'application de pénalités, à la radiation, à des peines d'amende ou d'emprisonnement: articles L766-1-3 et L766-2-2 du code de la Sécurité sociale; articles 313-1, 313-2 5, 441-1 et 441-6 du code pénal.

Cachet de l'entreprise obligatoire

Fait à.....

Le

Signature

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 - 160 rue des Meuniers - CS 70238 - 77052 Melun Cedex France

Ce formulaire et les pièces justificatives peuvent être envoyés par courrier ou sous format dématérialisé à l'adresse e-mail: **entreprises@cfe.fr**