

ANNEXE 7



MINISTÈRE DES AFFAIRES
ÉTRANGÈRES



SECURITE SOCIALE
CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ETRANGER

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
D'UNE PARTIE DE LA COTISATION A L'ASSURANCE MALADIE
DE LA CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ETRANGER**

(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.

A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR

IDENTIFICATION

NOM : _____ Prénom _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

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

Numéro d'immatriculation consulaire : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Etes-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 : _____

Années de naissance des enfants : _____

Autres personnes à charge (préciser le lien de parenté) : _____

SITUATION PROFESSIONNELLE A 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 EVENTUELLES

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) : _____

DECISION ACCORD REFUS - motif : _____

Date de la décision : _____ / _____ / _____ Signature/cachet du chef de poste

PARTIE RÉSERVÉE À LA CEE

Demandeur déjà adhérent : OUI NON Dossier classé sans suite le : _____ / _____ / _____

Date d'effet de l'adhésion : _____ / _____ / _____ Motif : _____

Bénéfice de l'aide : OUI NON _____

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

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 Economique Européen ou de la Suisse,
- être immatriculé(e) ou en instance d'immatriculation auprès du consulat territorialement compétent,
- 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 (soit 14.112 euros pour 2002).

MODALITES 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. Le bénéfice de l'aide et l'adhésion (pour les personnes n'étant pas déjà affiliées à la CFE) prennent effet le 1^{er} 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 en la prise en charge par la CFE, sur son budget d'action sanitaire et sociale, du tiers de la cotisation de la 3^{ème} catégorie de l'assurance maladie de base.

Ce dispositif est alimenté dans un premier temps par un prélèvement unique de 7,6 millions d'euros sur les réserves de la CFE, puis sera alimenté par le Ministère des Affaires étrangères à hauteur de 11,5 millions d'euros par an.

IMPORTANT :

- Pour bénéficier de l'aide, le demandeur, s'il est déjà adhérent de la CFE, doit être totalement à jour de ses cotisations.
- La rétroactivité de cotisations prévue en cas d'adhésion tardive ne s'applique pas aux personnes relevant des présentes dispositions si l'adhésion est présentée avant le 1^{er} janvier 2004.
- 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 1^{er} jour du 4^{ème} mois qui suit la date d'adhésion,
 - pour les personnes âgées de 45 ans et plus : à partir du 1^{er} jour du 7^{ème} 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.