

Service affiliation AFF - 010

Pour tout renseignement, contacter le service affiliation :

- affiliation@cavimac.fr
- Imprimés accessibles sur notre site www.cavimac.fr

DEMANDE DE RATTACHEMENT D'UN ASSURÉ SANS ACTIVITÉ AU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE SON CONJOINT, PARTENAIRE DE PACS OU CONCUBIN



Identification du demandeur sans activité

Nom de naissance : _____ Nom d'usage [s'il y a lieu] : _____

Prénom(s) [dans l'ordre de l'état civil] : _____

Numéro de sécurité sociale :

Nationalité : _____ Sexe : H F Date de naissance :

Lieu de naissance : _____ Département ou pays : _____

Adresse de résidence : _____

Code postal : Ville : _____

Téléphone : Email : _____ @ _____

Régime ou organisme d'assurance maladie actuel : _____

► Confirmez-vous n'exercer à ce jour aucune activité professionnelle ? Oui Non

Enfants

Avez vous des enfants mineurs qui vous sont déjà rattachés en tant qu'ayant droit ? Oui Non

Avez-vous un autre enfant mineur à rattacher en tant qu'ayant droit ? ⁽¹⁾ Oui Non

Les enfants peuvent être rattachés à leurs deux parents. Le souhaitez-vous ? ⁽¹⁾ Oui Non

⁽¹⁾ Dans ces deux cas, merci de joindre le formulaire AFF-009 de demande de rattachement des enfants mineurs

Identification du conjoint, partenaire de PACS ou concubin

Numéro de sécurité sociale :

Nom de naissance : _____ Nom d'usage [s'il y a lieu] : _____

Prénom(s) [dans l'ordre de l'état civil] : _____

Régime ou organisme d'assurance maladie : _____

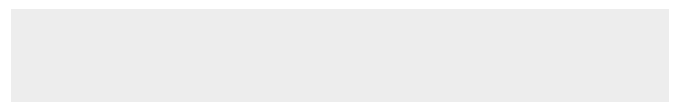
Son lien avec le demandeur : conjoint partenaire de PACS Concubin

Déclaration d'option de rattachement

- Je déclare opter pour le rattachement au régime d'assurance maladie dont relève mon conjoint, partenaire de PACS ou concubin. Je deviens assuré de ce régime pour la prise en charge de mes frais de santé et ceux de mes enfants qui me sont rattachés, le cas échéant.
- J'atteste ne pas (ou ne plus) relever d'un régime d'assurance maladie et maternité au titre de l'exercice d'une activité professionnelle (ou assimilée), ni en tant que personne indemnisée au titre de l'assurance chômage, ni en qualité de pensionné de retraite ou d'invalidité, ni comme bénéficiaire d'une rente versée au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.
- Je certifie exacts et sincères les renseignements fournis ci-dessus.
- Je m'engage à porter immédiatement à la connaissance du régime d'assurance maladie destinataire de la présente demande tout changement de la situation exposée ci-dessus.

Fait à : _____
Le :

Signature du demandeur :



En cas de fraude sociale en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (CSS, art. L. 114-17 du Code de la sécurité sociale), vous encourez des sanctions et êtes passibles d'amende et/ou d'emprisonnement voire de pénalités financières (CSS, art. L. 114-16-2).

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée et le règlement général UE 2016/ 679 s'appliquent aux réponses faites sur ce formulaire. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant que vous pouvez exercer auprès de la déléguée à la protection des données : dpo@cavimac.fr