

Service affiliation AFF - 009

Pour tout renseignement, contacter le service affiliation :

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

**DEMANDE DE
RATTACHEMENT DES
ENFANTS A L'UN OU
AUX DEUX PARENTS
ASSURÉS**



Identification des parents demandant le rattachement

► Parent 1

Civilité Mme M. (cocher la mention utile)

Nom de naissance _____ Nom d'usage (s'il y a lieu) _____

Prénom(s) _____

Numéro de sécurité sociale

Adresse : _____

Code postal Commune _____

Lien de parenté _____

Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie réglant les prestations _____

► Parent 2

Civilité Mme M. (cocher la mention utile)

Nom de naissance _____ Nom d'usage (s'il y a lieu) _____

Prénom(s) _____

Numéro de sécurité sociale

Adresse : _____

Code postal Commune _____

Lien de parenté _____

Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie réglant les prestations _____

Service affiliation **AFF - 009**

Pour tout renseignement, contacter le service affiliation :

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

DEMANDE DE RATTACHEMENT DES ENFANTS A L'UN OU AUX DEUX PARENTS ASSURÉS



Identification des enfants à rattacher

| | | | | | | | | | |
|-----------|-----------------|-------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nom _____ | Prénom(s) _____ | Date de naissance | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nom _____ | Prénom(s) _____ | Date de naissance | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nom _____ | Prénom(s) _____ | Date de naissance | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nom _____ | Prénom(s) _____ | Date de naissance | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nom _____ | Prénom(s) _____ | Date de naissance | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nom _____ | Prénom(s) _____ | Date de naissance | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nom _____ | Prénom(s) _____ | Date de naissance | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nom _____ | Prénom(s) _____ | Date de naissance | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

► Je demande / nous demandons que l'enfant (ou les enfants) désigné(s) ci-dessus soi(en)t rattaché(s) (cochez la case correspondant à votre choix)

- au parent désigné ci-dessus
- aux deux parents désignés ci-dessus

► Choix du parent qui sera destinataire des courriers de l'assurance maladie concernant l'enfant (ou les enfants) mineur(s) :

Nom _____ Prénom(s) _____

Fait à : _____ , le

Signature(s) du ou des parent(s) demandant le rattachement

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