

Service affiliation AFF - 008

Pour tout renseignement, contacter le service affiliation :

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

**DROIT D'OPTION AUPRÈS
DU RÉGIME COMPÉTENT
POUR PRENDRE EN CHARGE
LES FRAIS DE SANTÉ DES
ASSURÉS POLYPENSIONNÉS**



Articles D. 160-15 et D. 160-16 du code de la sécurité sociale

Identification de l'assuré (à compléter dans tous les cas)

Numéro de Sécurité sociale :

Votre nom : _____
Nom de famille de naissance (suivi du nom d'usage, facultatif et s'il y a lieu)

Vos prénoms : _____

Votre date de naissance :

Votre adresse : _____

Code postal : Commune : _____

Informations concernant vos pensions (à compléter dans tous les cas)

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pension versée par le régime général | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pension versée par un régime spécial | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pension versée au titre d'une activité indépendante | <input type="checkbox"/> | <i>Précisez lequel :</i> _____ | |
| <input type="checkbox"/> Pension versée par le régime agricole | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pension versée par la Cavimac | <input type="checkbox"/> |

Régime actuel qui prend en charge vos frais de santé (à compléter dans tous les cas)

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Régime général | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cavimac | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sécurité sociale des indépendants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Régime spécial | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Régime agricole : | <input type="checkbox"/> | <i>Précisez lequel :</i> _____ | |
| activité salariée agricole <input type="checkbox"/> | | | |
| exploitant agricole <input type="checkbox"/> | | | |

Choix du nouveau régime prendra en charge vos frais de santé (à compléter dans tous les cas)

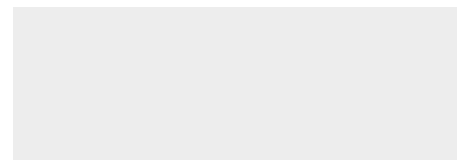
- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Régime général | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cavimac | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sécurité sociale des indépendants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Régime spécial | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Régime agricole : | <input type="checkbox"/> | <i>Précisez lequel :</i> _____ | |
| activité salariée agricole <input type="checkbox"/> | | | |
| exploitant agricole <input type="checkbox"/> | | | |

Attestation à compléter par l'assuré(e) (à compléter dans tous les cas)

L'assuré identifié(e) ci-dessus, atteste sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements fournis.

Signature de l'assuré(e)

Fait à : _____, le



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