

Demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie

(Articles L. 160-1, L. 160-2, L. 160-5 et D. 160-2 du Code de la sécurité sociale)

- Pour bénéficier de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, vous devez travailler en France (*) ou, si vous êtes sans activité, résider en France de manière stable et régulière.
- Afin de permettre d'ouvrir vos droits à l'assurance maladie lors de votre arrivée en France, si vous n'êtes pas déjà rattaché à un régime de sécurité sociale français, il convient de compléter ce formulaire et de le retourner à l'organisme d'assurance maladie de votre lieu de résidence accompagné des justificatifs demandés au verso.
- Si vous relevez du régime de sécurité sociale d'un autre pays, par exemple en tant que travailleur détaché depuis l'étranger ou retraité, vous ne devez pas remplir ce formulaire. Pour exercer vos droits et ceux des membres de votre famille, vous devez fournir à votre caisse d'assurance maladie un formulaire S1 "Inscription dans l'Etat de résidence" ou un document équivalent pour les pays hors espace européen.

(*) Territoire métropolitain, Guyane, Guadeloupe, Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

A Identification du demandeur

▶ **Vos nom et prénoms**
(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) ; prénoms dans l'ordre de l'état civil)
(Si vous êtes artiste auteur et que vous utilisez un pseudonyme, précisez-le après votre nom de famille)

▶ **Votre n° de sécurité sociale** (si vous en avez un)

▶ **Votre n° d'allocataire** (allocations familiales, si vous en avez un) CAF de

▶ **Votre date de naissance** **Votre lieu de naissance**

▶ **Votre nationalité** française ☐ UE/EEE/Suisse ☐ ((1) - cf. liste au verso) autre ☐

▶ **Votre adresse**
Code Postal **Commune** **Votre n° de téléphone**

▶ **Si vous n'avez pas d'adresse personnelle, nom et adresse de l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile**
(Par exemple : un Centre Communal d'Action Sociale, une association agréée)
Code Postal **Commune**

B Situation du demandeur au regard de l'emploi

▶ **Activité professionnelle** ☐ si oui, précisez laquelle :

▶ **Sans activité** ☐ **Autre** ☐ précisez :

C Attestation sur l'honneur à compléter par le demandeur

- Je m'engage à porter immédiatement à la connaissance de l'organisme d'assurance maladie destinataire de la présente demande toute modification des informations du cadre A.
- J'atteste sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements fournis dans ce dossier.

Fait à signature du demandeur

Le

IMPORTANT : si vous avez des enfants mineurs à votre charge, veuillez vous reporter à la notice

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale.

L'organisme d'assurance maladie peut, à tout moment, procéder à des opérations de contrôle en vous demandant les pièces justificatives de votre situation (articles L. 114-10-3 et L. 161-1-4 du Code de la sécurité sociale).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

Réf. 736 CNAMTS IV-2016



**Je suis assistant(e) de langue,
je constitue mon dossier
d'Assurance Maladie**

