

DECLARATION CONCERNANT L'AYANT-DROIT

Pour permettre de déterminer si la qualité d'ayant-droit peut être reconnue, nous vous invitons à nous retourner la présente attestation dûment complétée et signée accompagnée des pièces justificatives de la situation du bénéficiaire (*copie de l'attestation de sa carte vitale, bulletin de salaire, arrêté de mise en congé, titre de pension, contrat de travail, la copie du titre d'identité*)

TOUTES LES RUBRIQUES SONT A COMPLETER OBLIGATOIREMENT

- NOM ET PRENOM DE **L'ASSURE** :
- NUMERO D'IMMATRICULATION :
- ADRESSE :
- email :
- Téléphone :

BENEFICIAIRE

- NOM ET PRENOM DU BENEFICIAIRE :
- DATE ET LIEU DE NAISSANCE :
- NATIONALITE :

FRANCAISE RESSORTISSANT DE L'UE AUTRE :

Pour les conjoints et assimilés, de nationalité étrangère, *hors UNION européenne*, la présentation d'un titre de séjour en cours de validité est indispensable pour la prise en charge des soins dispensés en France.

- Précisez, votre numéro personnel d'immatriculation :

Qualité :

Conjoint concubin pacs (pacte civil de solidarité)

Joindre tous documents justifiant que le bénéficiaire est à la charge totale, effective et permanente de l'assuré (avis d'imposition, rupture de contrat, justificatif de domicile...)

Adresse :

➤ **Le bénéficiaire travaille-t-il actuellement :**

- OUI en France OUI a l'étranger
 NON

➤ *Nature de l'activité :*

Salariée autre :

➤ *Le bénéficiaire a-t-il travaillé dans le passé ?*

En France - période d'activité du au
 À l'étranger - période d'activité du au

➤ *Nature de la profession exercée :*

➤ *Perçoit-il ou a-t-il perçu des indemnités journalières ?*

OUI (période du au) NON

➤ *A-t-il été placé en position de congé non rémunéré autorisé par son employeur ?
disponibilité, congé sans traitement, etc....)*

OUI (période du au) NON

➤ *A-t-il été placé en position de congé parental par son employeur ?*

OUI (période du au) NON

➤ *Le bénéficiaire a-t-il été inscrit à l'Agence Nationale pour l'Emploi ?*

OUI (période du au) NON

➤ *Le bénéficiaire est-il titulaire d'une pension ou d'une allocation ?*

OUI - nature exact de cet avantage ; date d'effet :

NON

Adresse de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (actuelle ou ancienne) :

☞

➤ *Le bénéficiaire déclare t-il des revenus (y compris RSA ou autre allocation...)?*

OUI (joindre la copie de l'avis d'imposition) NON

➤ *Souhaitez-vous qu'il bénéficie des prestations mutualistes ?*

OUI NON

JE CERTIFIE EXACTES ET SINCERES LES INFORMATIONS CI-DESSUS ET M'ENGAGE A PORTER IMMEDIATEMENT A LA CONNAISSANCE DE L'ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE DESTINATAIRE DE LA PRESENTE ATTESTATION TOUT CHANGEMENT SURVENANT DANS LA SITUATION EXPOSEE CI-DESSUS.

A

LE

SIGNATURE DE L ASSURE