Demande de Complémentaire santé solidaire

N° 52269#03

NOTICE

Avec la Complémentaire santé solidaire :

- vous ne payez plus vos dépenses de santé chez le médecin, le dentiste, le pharmacien, à l'hôpital, etc. ;
- vous bénéficiez de tarifs sans dépassement chez les médecins ;
- la plupart des lunettes, prothèses dentaires et auditives sont intégralement prises en charge.

En fonction de vos ressources, une participation financière peut être due. Le montant de cette participation varie selon l'âge de chaque personne du foyer au 1er janvier de l'année d'attribution.

Qui peut bénéficier de la Complémentaire santé solidaire ?

Pour bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, vous et les membres majeurs de votre foyer devez :

- bénéficier de la prise en charge de vos frais de santé par l'assurance maladie ou maternité en raison de votre activité professionnelle ou de votre résidence stable et régulière en France.
- avoir des ressources qui ne dépassent pas le plafond fixé annuellement.

Comment remplir votre demande ?

▶ LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER (p1)

Le droit à la Complémentaire santé solidaire est ouvert pour vous-même et pour chaque membre de votre foyer. Vous devez donc renseigner les informations concernant chaque membre du foyer qui se compose de :

- vous-même,
- votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS,
- vos enfants ou ceux de votre conjoint(e), concubine(e) ou partenaire PACS, âgés de moins de 25 ans, à votre charge réelle et continue :
  - qui vous sont fiscalement rattachés,
  - ou qui ont fait leur propre déclaration de revenus mais qui vivent sous votre toit,
  - ou qui reçoivent une pension alimentaire fiscalement déductible (sauf si elle fait suite à une décision judiciaire).
- des autres personnes de moins de 25 ans, à votre charge réelle et continue, qui vous sont rattachées fiscalement (ou à votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS).

Si la personne de moins de 25 ans vit en couple (marié(e), concubin(e) ou partenaire PACS) et qu'elle n'est plus considérée comme à charge ou a des enfants ou d'autres personnes de moins de 25 ans à charge, elle doit faire une demande individuelle.

C'est le cas, par exemple, si l'un de vos enfants âgé de 22 ans habite chez vous et a un enfant. Vos parents qui vivent sous votre toit doivent également faire une demande individuelle.

▶ VOUS-MEME ET LES PERSONNES DE VOTRE FOYER BENEFICIAIRES D'AIDES (p1)

Dans cette rubrique, vous devez indiquer si vous ou un membre de votre foyer bénéficiez du revenu de solidarité active (RSA) ou en a fait la demande (et avez une demande de Complémentaire santé solidaire en cours à ce titre), de l'allocation adultes handicap®s (AAH), de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou de l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV), de l'allocation suppl®mentaire d'invalidit®(ASI).

Dans l'éventualité où votre foyer ne pourrait pas bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, la demande d'un jeune âgé de 18 à 25 ans de votre foyer pourra être étudiée individuellement s'il bénéficie ou a demandé à bénéficier du RSA.

▶ LES RESSOURCES DE VOTRE FOYER (p2)

Vous devez nous faire connaître toutes les ressources, perçues par vous-même et les membres de votre foyer, en France ou ¨ l'®tranger et dont chacun a dispos® au cours de la p®riode des 12 mois civils pr®c®dant l'avant dernier mois de la demande.

{ Par exemple, pour une demande faite en septembre 2021, les ressources à déclarer sont celles perçues sur la période de 12 mois allant du mois d'août 2020 au mois de juillet 2021.

Vous n'avez pas à nous déclarer les ressources suivantes, elles ne sont pas prises en compte lors de l'étude de votre demande :

- le revenu de solidarité active (RSA) et la prime d'activité,
- certaines prestations familiales : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, l'allocation de rentrée scolaire, l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant et le complément de libre choix du mode de garde, l'allocation vers®e en cas de d®c¯s d'un enfant,
- certaines prestations liées à la dépendance : la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne, les majorations pour tierce personne ainsi que la prestation de compensation du handicap, l'allocation compensatrice pour tierce personne et l'allocation personnalisée d'autonomie,
- certaines prestations liées à la maladie ou à la maternité : les indemnités complémentaires et allocations de remplacement versées aux non-salarié(e)s,
- autres prestations notamment : les bourses d'études de l'enseignement soumise à conditions de ressources, les aides et secours financiers à caractère ponctuel versés par des organismes à vocation sociale ou affectés à des dépenses dans les domaines du logement, des transports, de l'éducation et de la formation, les indemnités et allocations versées aux volontaires en service civique, les indemnit®s pour les orphelins dont les parents ont ®t® victimes de pers®cutions antis®mites ou d'actes de barbarie durant la seconde guerre mondiale,
- les revenus du capital qui ne sont pas imposables : livret A, livret jeune, livret développement durable par exemple.

NOTICE *(suite)*

Toutes les autres ressources sont prises en compte. Pour certaines d'entre elles vous n'avez pas à en indiquer le montant dont nous disposons par ailleurs (exemples : allocations familiales, allocations chômage...). Votre caisse peut vérifier vos ressources auprès des banques, services fiscaux...

Vous trouverez, ci-dessous des précisions pour vous aider à compléter la rubrique "Ressources" de votre demande de Complémentaire santé solidaire. Reportez-vous pour cela au numéro de la rubrique "Ressources" correspondant sur le formulaire.

Important : vous n'avez pas à remplir la rubrique "Ressources" si vous et votre conjoint bénéficiez du RSA ou si vous avez déposé une demande de RSA et disposez d'une attestation de la Caf ou de la MSA. Pensez à joindre l'attestation qui vous a été remise par votre Caf ou la MSA.

1. Déclarez le total des montants nets imposables figurant sur chaque bulletin de salaire ou sur chaque justificatif de versement (exemple : sommes perçues au titre de la pré-retraite). Vous devez également déclarer le montant correspondant aux heures supplémentaires non imposables et aux indemnités exceptionnelles non imposables. Doivent aussi être déclarées les indemnités de congés payés si elles ne sont pas versés par l'employeur, les rémunérations de stage de formation (autre que celles versées par Pôle Emploi) et des contrats de solidarité. Un abattement sera pratiqué sur le montant de vos revenus nets imposables pour en déduire le montant de la CSG et de la CRDS soumises à l'impôt sur le revenu.

2. Si vous ° tes travailleurs non salari®s (agricole ou non agricole) et que vous avez d®ja d®clar® des revenus au titre de cette activit®, ceux-ci seront pris en compte selon votre dernier avis de situation d®clarative ou avis d'imposition connu.

   Si vous d®butez votre activit® non salari®e (agricole ou non agricole) et que vous n'avez pas encore d®clar® de revenus d'activit® : indiquez le montant du chiffre d'affaires hors taxe des quatres trimestres civils pr®c®dant votre demande. Pour les g®rants de soci®t® indiquez, selon votre situation, soit le montant de la r®mun®ration per- ue au cours des 12 mois civils pr®c®dant l'avant dernier mois de la demande, soit la part de b®n®fice correspondante sur la m° me p®riode. Dans tous les cas de d®but d'activit®, joignez un justificatif.

3. Indiquez si vous ou l'un des membres de votre foyer percevez des allocations de Pôle Emploi ou une rémunération de stage de formation professionnelle versée par Pôle Emploi.

4. Indiquez si vous ou l'un des membres de votre foyer percevez ou avez perçu des indemnités journalières, une pension d'invalidité, une rente au titre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.

5. Déclarez vos pensions de retraite (de base et/ou complémentaire) et rentes, qu'elles soient imposables ou non, ainsi que l'allocation veuvage, la pension de réversion, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV).

6. Indiquez si vous percevez des prestations familiales et/ou des aides au logement versées par la CAF ou la MSA.

7. Indiquez la/les pension(s) alimentaire(s) perçue(s), que leur versement fasse suite ou non à une décision de justice.

8. Indiquez si vous êtes propriétaire de votre logement ou si vous êtes logé(e) gratuitement : un montant forfaitaire sera ajouté aux ressources que vous nous déclarez.

9. Déclarez le montant des sommes placées qui n'ont pas produit de revenus au cours de la période de référence : par exemple assurance vie, actions n'ayant pas généré de revenus etc. Ce montant sera intégré à hauteur de 3% de sa valeur.

10. Autres ressources : déclarez ici vos autres ressources : par exemple les aides financières versées régulièrement par une institution, l'allocation de demande d'asile, les ressources perçues à l'étranger, les bourses d'étude de l'enseignement non soumises à conditions de ressources (ne déclarez pas les bourses qui vous ont été accordées à vous ou à un membre de votre foyer après étude de vos ressources).

11. Indiquez le montant des pensions et obligations alimentaires que vous avez versées au cours de la période de référence. Elles seront déduites de vos ressources.

Important : toute rentrée d'argent, même si elle n'est pas imposable, est considérée comme une ressource et doit être déclarée (ex : gains aux jeux, dons familiaux etc…)

Les revenus de placement soumis ¨ l'imp¹ t ne sont pas ¨ mentionner dans l'imprim®, il en est de m° me pour les revenus du patrimoine. Ils sont pris en compte selon les informations qui figurent sur votre dernier avis d'imposition connu ou votre dernier avis de situation d®clarative ¨ l'imp¹ t.

En revanche, si vous poss®dez un bien ou un terrain qui n'est pas lou®, une valeur locative sera int®gr®e dans vos ressources. Pensez alors ¨ nous fournir l'avis de taxe fonci¯re et l'avis de taxe d'habitation correspondant ¨ ce bien.

Vous souhaitez corriger une erreur ? Vous avez besoin d'aide ?

Vous bénéficiez du droit à l'erreur

Vous avez la possibilité de corriger les informations que vous avez déclarées dans ce formulaire en application du droit à l'erreur.

Pour ce faire, ou si vous désirez des informations complémentaires, ou nous rencontrer, vous pouvez prendre contact avec votre caisse d'Assurance Maladie :

- Assurance maladie : par téléphone au 3646 (service gratuit + prix appel) ou consultez le site www.ameli.fr
- MSA : par téléphone contactez votre caisse de MSA ou consultez le site www.msa.fr

Vous pouvez également vous adresser à la mairie, aux services sociaux, à une association et consulter le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr

cerfa
N° 12504*09

Demande de Complémentaire santé solidaire

(articles L.861-1 et suivants, articles R.861-2 et suivants)

Merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.
Pour plus d'informations, veuillez vous reporter à la notice.

▶ LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER

▪ Vous-même

Vos nom et prénoms : .....

(nom de famille (de naissance) suivi de votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

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

Votre n° d'allocataire *(allocations familiales, si vous en avez un)* **:** ☐☐☐☐☐☐☐

Votre date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Votre nationalité : française ☐ **européenne*** ☐ **autre** ☐

Votre adresse : .....

Code Postal : ☐☐☐☐☐ **Commune :** .....

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 :** .....

▪ Votre situation familiale a-t-elle changé au cours des 12 derniers mois ? oui ☐ non ☐

Si oui, vous êtes : célibataire ☐ **marié(e) - en concubinage - pacsé(e)** ☐ **séparé(e) - divorcé(e)** ☐ **veuf ou veuve** ☐

▪ Votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS

Ses nom et prénoms : .....

(nom de famille (de naissance) suivi de son nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Son n° de sécurité sociale *(s'il(si elle) en a un)* **:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Son n° d'allocataire *(allocations familiales, s'il(si elle) en a un)* **:** ☐☐☐☐☐☐☐

Sa date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Sa nationalité : française ☐ **européenne*** ☐ **autre** ☐

* Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Slovénie, Suède et Suisse.

▪ Les autres personnes de moins de 25 ans à votre charge réelle et continue
(y compris les bénéficiaires du RSA jeune)

Nom et prénom	Nationalité (1)	Lien de parenté	Garde alternée (2)	Date de naissance	N° de sécurité sociale
			☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐
			☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐
			☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐
			☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐
			☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐
			☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

(1) *Renseignez de la manière suivante : "FRA" si vous êtes de nationalité française, "EEE" si vous appartenez à l'un des pays de la liste des pays Européens, "AUT" si vous n'êtes pas dans l'une ou l'autre de ces situations.*

(2) *Cochez la case, s'il s'agit d'un enfant considéré fiscalement en garde alternée.*

▶ VOUS-MEME ET LES PERSONNES DE VOTRE FOYER BENEFICIAIRES D'AIDES

Nom et prénom	A demandé le RSA	Bénéficie déjà du RSA	Demande Complémentaire santé solidaire en cours	Bénéficie de l'AAH (1)	Bénéficie de l'ASPA (2) ou de l'ASV (3)	Bénéficie de l'ASI (4)
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(1) *Allocation aux adultes handicapés* (2) *Allocation de solidarité aux personnes agées* (3) *Allocation supplémentaire vieillesse* (4) *Allocation supplémentaire invalidité*

▶ LES RESSOURCES DE VOTRE FOYER

Ne pas remplir si vous, votre conjoint (e), concubin(e) ou partenaire PACS êtes concerné(e)s par le RSA.

☞ ***Précisez cette période de douze mois :***

du __ __ *mois* __ __ __ __ *année*

au __ __ *mois* __ __ __ __ *année*

☞ ***Indiquez le montant cumulé au cours de la période de 12 mois civils précédant l'avant dernier mois de la demande***

(indiquez "0" en l'absence de ressources) (si le nombre de colonnes n'est pas suffisant, complétez votre déclaration sur papier libre)

	Vous	Votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans
			Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
1 Salaires nets imposables	€	€	€	€
Heures supplémentaires non imposables	€	€	€	€
Indemnités exceptionnelles non imposables	€	€	€	€
2 Revenus professionnels non salariés agricoles ou non agricoles en début d'activité				
- chiffre d'affaires hors taxe des quatre derniers trimestres civils précédant la demande :				
Â vente de marchandises et fourniture de logement	€	€	€	€
Â prestations commerciales et artisanales	€	€	€	€
Â activit®s lib®rales	€	€	€	€
Â activit®s agricoles	€	€	€	€
- Pour les gérants de société :				
Â rémunération ou part de bénéfice	€	€	€	€
3 Percevez-vous ou avez-vous perçu des allocations chômage ou une rémunération de stage de formation professionnelle ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
4 Percevez-vous ou avez-vous perçu des indemnités journalières, une pension d'invalidité, une rente au titre d'un accident du travail/maladie professionnelle ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
5 Retraites de base et complémentaire (y compris veuvage)	€	€	€	€
6 Percevez-vous des prestations familiales, des aides au logement ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
7 Pension(s) alimentaire(s) perçue(s)	€	€	€	€
8 Etes-vous propriétaire de votre logement ou logé(e) gratuitement ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
9 Ressources placées n'ayant pas rapporté de revenus (par exemple : assurance vie)	€	€	€	€
10 Autres ressources (dons, gains aux jeux ...) Précisez la nature :	€	€	€	€
11 Pensions et obligations alimentaires versées	€	€	€	€

☞ ***Veuillez nous fournir le(s) justificatif(s) suivant(s)*** *(Vous devez pr®senter les originaux ou des photocopies lisibles) :*

Nous nous réservons la possibilité de revenir vers vous si ces informations s'avèrent insuffisantes pour l'instruction de votre dossier.

Votre situation	Justificatif(s) à fournir
Votre foyer et ses ressources (pour toutes les personnes du foyer quel que soit son âge)	- Avis d'impôt ou avis de situation déclarative à l'impôt (ASDIR) - Avis de taxe foncière, de taxe locale d'habitation
Si vous avez résidé à l'étranger au cours des 12 mois précédents	Les justificatifs de situation fiscale et sociale du(des) pays concerné(s)
Si vous avez demandé le RSA et/ou si un des membres de votre foyer a plus de 18 ans et moins de 25 ans et a fait une une demande de RSA jeune ou bénéfice du RSA jeune	L'(les) attestation(s) de ressources présumées inférieures au montant forfaitaire du RSA, délivrée(s) par la CAF ou la MSA (pour le demandeur du RSA uniquement)

▶ LE CHOIX DE VOTRE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

▪ Pour bénéficier de la Complémentaire santé solidaire vous devez choisir l'organisme qui sera votre interlocuteur.

Vous pouvez choisir, pour vous et les membres de votre foyer, soit votre caisse d'assurance maladie, soit l'un des organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) figurant dans la liste des organismes participant à la Complémentaire santé solidaire, que vous trouverez sur le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr ou que vous pouvez demander à votre caisse d'assurance maladie.

Si vous choisissez une mutuelle, une institution de prévoyance ou une société d'assurance, votre caisse d'assurance maladie l'informera de votre choix, si vos droits à la Compl®mentaire sant® solidaire sont reconnus, en lui transmettant les informations figurant en pages 3 et 4.

BON A SAVOIR :

- Si vous bénéficiez d'une complémentaire santé obligatoire d'entreprise, vous pouvez demander à votre employeur une dispense d'adhésion à cette complémentaire pendant la durée de votre Complémentaire santé solidaire. Un courrier de demande de dispense à cette complémentaire est disponible sur le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr

- Si les membres de votre foyer ne choisissent pas le même organisme que vous, photocopiez les pages 3 et 4 en autant d'exemplaires que d'organismes différents choisis en prenant soin de les compléter. Vous pouvez aussi les télécharger sur le site complementaire-sante-solidaire.gouv.fr

- Si vous choisissez un organisme complémentaire figurant dans la liste des organismes habilités à gérer la Complémentaire santé solidaire et que l'année suivante vos ressources ne vous permettent plus de bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, cet organisme aura l'obligation de vous proposer de prolonger votre protection d'une année supplémentaire à un tarif préférentiel

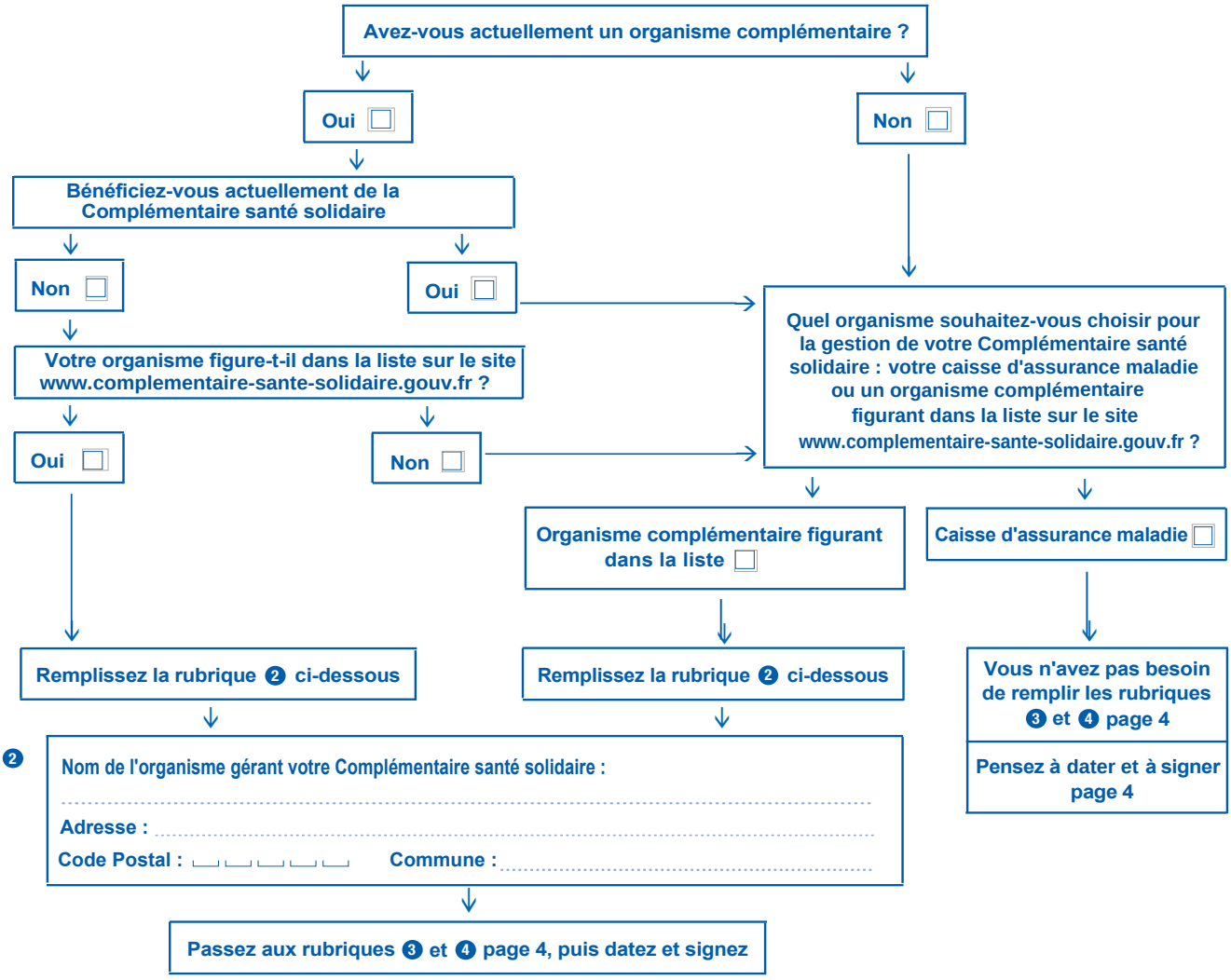
▪ Comment choisir votre organisme Complémentaire santé solidaire ?

Pour faire votre choix, complétez les rubriques qui figurent ci-dessous. Mais attention, les possibilités de choix sont différentes selon votre situation.

IMPORTANT : Si vous n'indiquez aucun choix, votre caisse d'assurance maladie sera désignée comme votre organisme Complémentaire santé solidaire. Si lors d'une première demande, vous avez déjà une complémentaire santé gérée par un organisme figurant dans la liste des organismes participant à la Complémentaire santé solidaire, vous devez la conserver.

LAISSEZ-VOUS GUIDER :

❶ *Cochez les cases en fonction de votre situation*



▶ VOUS AVEZ FAIT LE CHOIX D'UN ORGANISME COMPLEMENTAIRE FIGURANT SUR LA LISTE

❸ Personnes du foyer (y compris le demandeur) ayant choisi le même organisme :

Nom et prénom	Lien de parenté avec le demandeur	Garde alternée *(1)*	Date de naissance	N° de sécurité sociale	Code de l'organisme d'assurance maladie *(2)* *(si différent du demandeur)*
		☐	__/__/____	_____ __	
		☐	__/__/____	_____ __	
		☐	__/__/____	_____ __	
		☐	__/__/____	_____ __	
		☐	__/__/____	_____ __	
		☐	__/__/____	_____ __	

(1) Si votre enfant est considéré fiscalement en garde alternée, cochez la case correspondante

(2) Disponible sur l'attestation papier qui accompagne votre carte Vitale

❹ Vos coordonnées :

Indiquez ci-dessous les coordonnées d'un des membres de votre foyer parmi la liste des personnes du tableau ❸ qui sera l'interlocuteur de votre organisme complémentaire.

Nom et prénoms : .....
(Nom de famille (de naissance) suivi de votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Adresse : .....

Code Postal : __ __ __ __ __ **Commune :** .....

Adresse mail : .....

Téléphone : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données renseignées auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des données. Pour en savoir plus, rendez-vous sur la page protection des données du site www.ameli.fr ou www.msa.fr En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amendes et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale). La décision attribuant la Complémentaire santé solidaire peut aussi être annulée. Vous devrez alors rembourser les sommes versées à tort.

L'authenticité et la sincérité de vos déclarations peuvent être contrôlées à des fins de lutte contre la fraude auprès d'autres organismes de sécurité sociale, de Pôle emploi, des caisses assurant le service des congés payés ou de l'administration fiscale (articles L.114-12 et L.114-14 du Code de la sécurité sociale) et/ou auprès d'organismes tiers : banques, assurances, opérateurs de téléphonie (articles L.114-19 et suivants du Code de la sécurité sociale).

Le contenu de vos déclarations peut également être communiqué au personnel habilité des organismes mentionnés aux articles L.114-12 et L.114-14 du Code de la sécurité sociale à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude.

En cas de disproportion marquée entre les éléments de ressources que vous déclarez et votre train de vie, vous pouvez faire l'objet d'une procédure d'évaluation par votre caisse d'assurance maladie et votre droit à prestation peut être refusé ou remis en cause (articles L.861-2-1, R.861-15-1 à R.861-15-7 du Code de la sécurité sociale).

▶ *Je certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts et sincères.*

Fait à : .....

Le : __/__ __/__ __/__/__/__

Signature du demandeur

▶ *Si le dossier est rempli par un organisme agréé merci de mentionner le nom et les coordonnées de l'organisme qui l'a rempli.*

.....

.....

.....

Cachet de l'organisme

DROITS A LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE

(A compléter par la caisse d'assurance maladie)

☐ **sans participation financière** **du** __/__ __/__ __/__/__/__ **au** __/__ __/__ __/__/__/__

☐ **moyennant paiement d'une participation financière** _____

Cachet de la caisse d'assurance maladie gérant la couverture maladie de base