

N° 14445*02

**DEMANDE DE RATTACHEMENT DES ENFANTS MINEURS
A L'UN OU AUX DEUX PARENTS ASSURES****ASSURANCES MALADIE ET MATERNITE***(Articles L. 160-2, L. 161-15-3 et R. 161-8 du Code de la sécurité sociale, arrêté du 4 mai 2007
relatif au rattachement des enfants à leurs parents - J.O. du 19 mai 2007)*VOLET 1
à adresser
à l'organisme
d'assurance
maladie

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 la caisse d'assurance maladie de votre lieu de résidence en France un justificatif à demander à votre organisme d'affiliation :

- soit le formulaire S1 "Inscription dans l'Etat de résidence", pour chacun des membres de la famille si vous êtes ressortissant d'un pays de l'UE/EEE ou de la Suisse,
- soit le certificat d'assujettissement, où chacun doit figurer, si vous êtes ressortissant d'un pays lié à la France par un accord de sécurité sociale le prévoyant.

LISEZ ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT DE COMPLETER LE FORMULAIRE**LE(S) PARENT(S) DEMANDANT LE RATTACHEMENT DES ENFANTS MINEURS**► NOM : PARENT
*(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))*PRENOM(S) : CAROLINE

Numéro de sécurité sociale

2 77 04 21 23 1 209 28Adresse : 14 Rue pierre goigneaux
21200 BEAUNE► Lien de parenté : mère► Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie
qui règle vos prestations : MSA

► NOM :

PRENOM(S) :

Numéro de sécurité sociale

Adresse :

► Lien de parenté :

► Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie
qui règle vos prestations :**IDENTIFICATION DES ENFANTS MINEURS A RATTACHER***(Pour les enfants déjà rattachés, vous n'avez pas à compléter de nouveau ce formulaire)*

NOM DE FAMILLE	PRENOM(S)	DATE DE NAISSANCE
<u>BERTRAND</u>	<u>Thibault, Victor, Amaury</u>	<u>29 04 2010</u>

► 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) :
*(courriers autres que les décomptes de remboursement ; ces derniers seront adressés à l'assuré(e) concerné(e))*NOM : PARENTPRENOM(S) : Caroline► Fait à BeauneLe 02 12 2025

Signature du ou des parents demandant le rattachement

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux données 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.

La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter de faire obtenir des avantages indus (art. 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 le versement de 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.

S3705a