

 N° 14445*02	<b>DEMANDE DE RATTACHEMENT DES ENFANTS MINEURS  A L'UN OU AUX DEUX PARENTS ASSURÉS</b> <b>ASSURANCES MALADIE ET MATERNITE</b> <i>(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)</i>	<b>VOLET 1</b> à adresser à l'organisme d'assurance maladie
--	---	---

LISEZ ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT DE COMPLETER LE FORMULAIRE

### LE(S) PARENT(S) DEMANDANT LE RATTACHEMENT DES ENFANTS MINEURS

<p>▶ NOM : .....  <i>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))</i></p> <p>PRENOM(S) : .....</p> <p>Numéro de sécurité sociale : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>.....</p> <p>▶ Lien de parenté : .....</p> <p>▶ Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie qui règle vos prestations : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>▶ NOM : .....  <i>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))</i></p> <p>PRENOM(S) : .....</p> <p>Numéro de sécurité sociale : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>.....</p> <p>▶ Lien de parenté : .....</p> <p>▶ Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie qui règle vos prestations : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	--

### 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

- ▶ Je demande/nous demandons que l'enfant (ou les enfants) désigné(s) ci-dessus soi(en)t rattaché(s) sur le compte :  
*(cochez la case correspondant à votre choix)*
- du parent désigné ci-dessus
- des 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 : ..... PRENOM(S) : .....

- ▶ Fait à ..... Le .....

**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 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.

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.



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 2

à conserver  
par les parents**LISEZ ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT DE COMPLETER LE FORMULAIRE****LE(S) PARENT(S) DEMANDANT LE RATTACHEMENT DES ENFANTS MINEURS**

▶ NOM : .....

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

PRENOM(S) : .....

Numéro de sécurité sociale

Adresse : .....

.....

▶ Lien de parenté : .....

▶ Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie  
qui règle vos prestations : .....

.....

.....

▶ NOM : .....

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

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

▶ Je demande/nous demandons que l'enfant (ou les enfants) désigné(s) ci-dessus soi(en)t rattaché(s) sur le compte :  
*(cochez la case correspondant à votre choix)*- du parent désigné ci-dessus - des 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 : .....

PRENOM(S) : .....

▶ Fait à .....

Le

**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 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.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



N° 51537#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)***NOTICE****Conditions de rattachement de vos enfants mineurs à charge :**

Ce formulaire permet de rattacher les enfants à un ou aux deux parents assurés, y compris dans les situations de séparation ou de divorce, pour qu'ils puissent bénéficier de la prise en charge des frais de santé en tant qu'ayants droit de leur(s) parent(s).

*(La demande de rattachement peut également être formulée par chacun des parents sur des formulaires distincts.)*

Vous pouvez ainsi rattacher :

- vos enfants jusqu'à l'âge de 18 ans, dès lors qu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle ou ne sont pas apprentis,
- vos enfants jusqu'à l'âge de 16 ans (\*), s'ils poursuivent des études dans des établissements d'enseignement supérieur, des écoles techniques supérieures, des grandes écoles et des classes du second degré préparatoires à ces écoles,
- les enfants mineurs recueillis (par exemple : petit-fils...) ou les enfants pupilles de la Nation dont vous êtes tuteur.

*(\*) Cet âge peut varier selon les différents régimes de protection sociale; par exemple, pour les enfants des assurés du RSI, l'âge est de 20 ans. Renseignez-vous auprès de votre organisme d'assurance maladie.*

**IMPORTANT : - au 1er septembre de l'année de sa majorité (18 ans), ou dès l'âge de 16 ans s'il poursuit des études dans un établissement d'enseignement supérieur, une école technique supérieure, une grande école ou une classe du second degré préparatoire à ces écoles, l'enfant devient assuré et bénéficie automatiquement de la prise en charge des frais de santé à titre personnel,**

**- à l'âge de 16 ans, votre enfant peut demander à devenir assuré. Il bénéficiera, à titre personnel, de la prise en charge de ses frais de santé en cas de maladie ou de maternité.**

**Formulation de la demande :**

La demande de rattachement peut être effectuée à l'arrivée de l'enfant au foyer ou à tout autre moment. Pour cela, les parents assurés complètent, datent et signent le formulaire puis adressent le volet 1 à leur organisme d'assurance maladie (ils conservent le volet 2). Sauf en cas de changement de situation, le choix de rattachement ne peut être modifié qu'à l'issue d'un délai d'un an.

**Pièces justificatives à fournir :**

Pour les enfants nés en France ou à l'étranger, mais dont vous connaissez le numéro de sécurité sociale, merci de joindre à votre demande l'une des pièces suivantes :

- une copie du livret de famille à jour ou de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant ou, le cas échéant, une copie du document attestant que vous êtes tuteur de l'enfant ou que vous l'avez recueilli.

Pour les enfants nés à l'étranger ou en Nouvelle-Calédonie, Polynésie Française ou à Wallis et Futuna, si vous ne connaissez pas leur numéro de sécurité sociale, deux pièces sont nécessaires en vue de leur immatriculation :

- un document d'état civil : copie intégrale de leur acte de naissance ou un extrait d'acte de naissance avec filiation ou une pièce établie par un consulat, authentifiée par un cachet lisible

**et**

- une pièce d'identité : carte d'identité, passeport ou certificat de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) délivrée dans le cadre du regroupement familial.

*(Pour les pièces établies en langues étrangères, rapprochez-vous des services de votre organisme d'assurance maladie.)*

**ATTENTION**

Avant d'effectuer la demande de rattachement, renseignez-vous auprès de vos organismes complémentaires pour vérifier comment votre enfant sera pris en charge.

**Pour plus de renseignements, contactez votre organisme d'assurance maladie ou appelez le 3646 (0,06 ct/mn + prix d'appel)**