cerfa N° 14445*01	**DEMANDE DE RATTACHEMENT DES ENFANTS A L'UN OU AUX DEUX PARENTS ASSURES** **ASSURANCES MALADIE ET MATERNITE** *(Art. R. 161-8 I du Code de la s®curit®sociale)*	VOLET 1 à adresser à l'organisme d'assurance maladie

IL CONVIENT DE LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE (au verso du volet 2) AVANT DE COMPLETER LE FORMULAIRE

LE PERE demandant le rattachement

NOM .....

PRENOM(S) : .....

NUMERO D'IMMATRICULATION

ADRESSE : .....

.....

NOM ET ADRESSE DE L'ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE QUI REGLE VOS PRESTATIONS MALADIE-MATERNITE

.....

.....

LA MERE demandant le rattachement

NOM .....
(suivi s'il y a lieu du nom d'épouse)

PRENOM(S) : .....

NUMERO D'IMMATRICULATION

ADRESSE : .....

.....

NOM ET ADRESSE DE L'ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE QUI REGLE VOS PRESTATIONS MALADIE-MATERNITE

.....

.....

IDENTIFICATION DE TOUS LES ENFANTS

NOM DE FAMILLE	PRENOM(S)	DATE DE NAISSANCE

DESIGNATION DU PARENT QUI SERA DESTINATAIRE DES COURRIERS (hors décomptes de remboursement) DE L'ASSURANCE MALADIE MATERNITE CONCERNANT LE OU LES ENFANTS : LE PERE ☐ OU LA MERE ☐

▶ Je(nous), soussigné(e)(s), demande(ons) que l'enfant (ou tous les enfants) désigné(s) ci-dessus soit(ent) rattaché(s) en tant qu'ayant(s) droit pour le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité sur le compte du père ☐ et/ou de la mère ☐ *(cochez la (ou les) case(s) correspondant à votre choix)*

Fait à .....

Le

signature du père demandant le rattachement

signature de la mère 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.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

cerfa N° 14445*01	**DEMANDE DE RATTACHEMENT DES ENFANTS A L'UN OU AUX DEUX PARENTS ASSURES** **ASSURANCES MALADIE ET MATERNITE** ***(Art. R. 161-8 I du Code de la s®curit®sociale)***	VOLET 2 à conserver par les parents

IL CONVIENT DE LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE (au verso du volet 2) AVANT DE COMPLETER LE FORMULAIRE

LE PERE demandant le rattachement

NOM .....

PRENOM(S) : .....

NUMERO D'IMMATRICULATION

ADRESSE : .....

.....

NOM ET ADRESSE DE L'ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE QUI REGLE VOS PRESTATIONS MALADIE-MATERNITE

.....

.....

LA MERE demandant le rattachement

NOM .....
(suivi s'il y a lieu du nom d'épouse)

PRENOM(S) : .....

NUMERO D'IMMATRICULATION

ADRESSE : .....

.....

NOM ET ADRESSE DE L'ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE QUI REGLE VOS PRESTATIONS MALADIE-MATERNITE

.....

.....

IDENTIFICATION DE TOUS LES ENFANTS

NOM DE FAMILLE	PRENOM(S)	DATE DE NAISSANCE

DESIGNATION DU PARENT QUI SERA DESTINATAIRE DES COURRIERS (hors décomptes de remboursement) DE L'ASSURANCE MALADIE MATERNITE CONCERNANT LE OU LES ENFANTS : LE PERE ☐ OU LA MERE ☐

▶ Je(nous), soussigné(e)(s), demande(ons) que l'enfant (ou tous les enfants) désigné(s) ci-dessus soit(ent) rattaché(s) en tant qu'ayant(s) droit pour le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité sur le compte du père ☐ et/ou de la mère ☐ *(cochez la (ou les) case(s) correspondant à votre choix)*

Fait à .....

Le

signature du père demandant le rattachement

signature de la mère 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.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

cerfa

N° 51537#01

DEMANDE DE RATTACHEMENT DES ENFANTS A L'UN OU AUX DEUX PARENTS ASSURES

ASSURANCES MALADIE ET MATERNITE

NOTICE

La demande de rattachement

(Art. L. 161-15-3, L. 313-3, R. 161-8 I, R. 313-12 et 14 du Code de la sécurité sociale, et Arrêté du 4 mai 2007 relatif au rattachement des enfants ¨ leurs parents et des autres ayants droit à un assuré, J.O. du 19 mai 2007)

Conditions tenant à l'âge et à la situation de l'enfant :

Ce formulaire permet de demander le rattachement au compte d'un ou des deux parents assuré(s), même dans les situations où il n'y a ni séparation ni divorce :

- des enfants non salariés, à la charge d'un ou des deux parents, âgés de moins de 16 ans,
- des enfants de moins de 18 ans s'ils sont placés en apprentissage,
- des enfants de moins de 20 ans s'ils poursuivent leurs études ou sont atteints d'une infirmité ou d'une maladie chronique les mettant dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié,
- des enfants inscrits dans un établissement d'enseignement public ou privé, qui ne bénéficient pas à titre personnel d'un régime de protection sociale, jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils atteignent l'âge de 21 ans, s'ils justifient avoir interrompu leurs études pour cause de maladie.

La filiation naturelle, légitime ou adoptive entre l'enfant et le ou les parents qui demande(nt) le rattachement, doit être légalement établie.

Autres possibilités de rattachement

Les enfants qui ne bénéficient pas d'une protection sociale en application d'un des cas évoqués ci-dessus peuvent, **dans certaines conditions**, être rattachés à **l'un** de leurs parents. Il s'agit :

- des enfants de plus de 16, 18 ou 20 ans (selon le cas) qui se trouvent à la **charge effective, totale et permanente** d'un ou de leurs parents, auprès duquel ou desquels, ils vivent depuis douze mois consécutifs,
- des enfants de plus de 16, 18 ou 20 ans (selon le cas) qui vivent sous le même toit que l'assuré(e) et se consacrent exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de 14 ans à la charge de l'assuré(e).

La demande de rattachement peut également être faite pour un enfant pupille de la nation dont l'assuré(e) est tuteur(trice), ou pour un enfant recueilli. Ce dernier peut être un petit-fils, une petite-fille.....

Formulation de la demande :

Les demandes sont effectuées lors de l'arrivée d'un enfant au foyer ou à tout moment auprès de l'organisme d'assurance maladie du ou des parents concernés. Le ou les assuré(s) qui ouvre(nt) les droits aux prestations en nature et demande(nt) le rattachement, complète(nt), date(nt) et signe(nt) ce formulaire puis adresse(nt) le volet 1 à son(leur) organisme d'assurance maladie.
Il est mis fin au rattachement dans les mêmes conditions.

Remarque : En cas d'absence de demande de rattachement, les prestations sont dues au parent qui effectue la première demande de remboursement de soins. Lorsque l'un des parents perd sa qualité d'assuré social, les prestations sont versées au parent qui est assuré.

Pièces à fournir :

Merci de joindre à votre demande, les pièces justificatives suivantes, suivant les cas :

- une copie du livret de famille mis à jour ou, ¨ d®faut, de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant ou, le cas ®ch®ant, une copie du document attestant que vous °tes tuteur de l'enfant ou attestant de sa qualité d'enfant recueilli,
- un certificat de scolarité ou un certificat d'apprentissage ou un certificat médical, si la scolarisation a été interrompue, pour les enfants de plus de 16 ans,
- pour les enfants majeurs de nationalité étrangère (autre que l'UE/EEE * ou la Suisse), le document ou titre de séjour attestant de la situation régulière en France (art. D.161-15 du Code de la sécurité sociale),
- pour l'enfant de plus de 16, 18 ou 20 ans (selon le cas) qui vit avec l'assuré(e) et se trouve à sa charge effective, totale et permanente, une attestation sur l'honneur annuelle (formulaire S3182 que vous pouvez obtenir auprès de votre organisme ou sur www.ameli.fr), co-signée par l'assuré(e).

ATTENTION

- Avant de choisir de rattacher votre enfant à l'un de ses parents ou aux deux parents, renseignez-vous auprès de votre organisme complémentaire afin de vérifier si votre enfant sera bien couvert par ce dernier.
- Les dossiers correspondant à des actes prescrits antérieurement à la date de l'option doivent être adressés à l'organisme qui versait précédemment les prestations.

Pour plus de renseignements, contactez votre organisme d'assurance maladie ou appelez le 3646 **(prix d'un appel local depuis un poste fixe)**

* Les pays de l'UE/EEE sont les suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Royaume-Uni, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie,Slovaquie, Slovénie, Suède.