

**Service affiliation AFF - 009**

Pour tout renseignement, contacter le service affiliation :

- affiliation@cavimac.fr
- Imprimés accessibles sur notre site [www.cavimac.fr](http://www.cavimac.fr)

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



**Identification des parents demandant le rattachement**

**► Parent 1**

Civilité  Mme  M. (cocher la mention utile)

Nom de naissance \_\_\_\_\_ Nom d'usage (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

Prénom(s) \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal  Commune \_\_\_\_\_

Lien de parenté \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie réglant les prestations \_\_\_\_\_

**► Parent 2**

Civilité  Mme  M. (cocher la mention utile)

Nom de naissance \_\_\_\_\_ Nom d'usage (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

Prénom(s) \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal  Commune \_\_\_\_\_

Lien de parenté \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'organisme d'assurance maladie réglant les prestations \_\_\_\_\_

## Service affiliation **AFF - 009**

Pour tout renseignement, contacter le service affiliation :

- affiliation@cavimac.fr
- Imprimés accessibles sur notre site [www.cavimac.fr](http://www.cavimac.fr)

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



### Identification des enfants à rattacher

Nom _____	Prénom(s) _____	Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom _____	Prénom(s) _____	Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom _____	Prénom(s) _____	Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom _____	Prénom(s) _____	Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom _____	Prénom(s) _____	Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom _____	Prénom(s) _____	Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom _____	Prénom(s) _____	Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom _____	Prénom(s) _____	Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

► 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) mineur(s) :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom(s) \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ , le

Signature(s) du ou des parent(s) demandant le rattachement

En cas de fraude sociale en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (CSS, art. L. 114-17 du Code de la sécurité sociale), vous encourez des sanctions et êtes passibles d'amende et/ou d'emprisonnement voire de pénalités financières (CSS, art. L. 114-16-2).

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée et le règlement général UE 2016/ 679 s'appliquent aux réponses faites sur ce formulaire. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant que vous pouvez exercer auprès de la déléguée à la protection des données : dpo@cavimac.fr