

**DEMANDE DE RATTACHEMENT D'UN ASSURE SANS ACTIVITE
AU REGIME D'ASSURANCE MALADIE DE SON CONJOINT, PARTENAIRE PACS OU CONCUBIN**

NOTICE

(Articles L. 160-17 et D. 160-17 du CSS)

Depuis le 1^{er} janvier 2016, toute personne majeure résidant en France de façon stable et régulière bénéficie de la prise en charge de ses frais de santé de maladie ou maternité à **titre personnel**, la notion d'ayant droit majeur n'existant plus.

Toutefois, pour simplifier les démarches, il est possible pour une personne sans activité d'opter, en tant qu'assuré à titre personnel, pour le rattachement au régime d'assurance maladie dont relève son conjoint, partenaire pacs ou concubin.

C'est l'objet de cette demande de rattachement qui est facultative et susceptible d'être remise en cause par la suite.

Vous êtes concerné(e) par cette possibilité de demande de rattachement si :

- vous n'exercez pas d'activité professionnelle ou assimilée, et n'êtes ni indemnisé au titre de l'assurance chômage, ni étudiant, ni titulaire d'une pension de retraite ou d'invalidité ou d'une rente ou allocation versée au titre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles ;
- et vous vivez en couple avec une personne qui relève d'un autre régime de sécurité sociale que celui auquel vous êtes rattaché actuellement.

Quand pouvez-vous adresser votre demande et auprès de quel organisme ?

Votre demande de rattachement peut être effectuée à tout moment, à l'aide de ce formulaire, auprès de l'organisme d'assurance maladie de votre conjoint, partenaire PACS ou concubin.

Pièce à fournir

Un Relevé d'Identité Bancaire (n° IBAN).

Que deviendra votre rattachement en cas de changement ultérieur de votre situation professionnelle ou familiale ?

En cas d'évolution professionnelle de votre conjoint entraînant un changement de régime et sauf manifestation contraire de votre part, votre rattachement sera transféré auprès du nouvel organisme de votre conjoint.

En cas d'évolution de votre situation au regard de l'emploi (début ou reprise d'activité ...), vous serez rattaché(e) au régime correspondant à cette activité professionnelle.

En cas d'évolution de votre situation familiale (séparation, divorce, rupture de pacs, ou cessation de concubinage, décès de votre conjoint ...) vous continuerez à relever du régime auprès duquel vous serez déjà affilié à la date de cet événement, sauf s'il s'agit d'un régime spécial. Toutefois, ce changement de situation est à signaler pour communiquer vos nouvelles coordonnées postales, bancaires*

**S'il s'agit d'un régime spécial, votre rattachement sera transféré vers une caisse d'assurance maladie du régime général*

**DEMANDE DE RATTACHEMENT D'UN ASSURE SANS ACTIVITE
AU REGIME D'ASSURANCE MALADIE DE SON CONJOINT, PARTENAIRE PACS OU CONCUBIN**
(Articles L. 160-17 et D. 160-17 du CSS)

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR SANS ACTIVITE

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

Numéro de Sécurité sociale :

Régime ou organisme d'assurance maladie actuel :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Courriel :

- Avez-vous des enfants mineurs qui vous sont déjà rattachés en tant qu'ayants droit? oui non
- Avez-vous un autre enfant mineur à rattacher en tant qu'ayant droit. ? oui * non
- Les enfants peuvent être rattachés à leurs deux parents. Le souhaitez-vous ? oui * non

**Dans ces deux derniers cas joignez le formulaire de demande de rattachement des enfants mineurs S3705 (cf. ameli.fr, msa.fr ou rsi.fr)*

IDENTIFICATION DU CONJOINT, PARTENAIRE PACS OU CONCUBIN

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

Lien avec le demandeur : Conjoint Partenaire PACS Concubin

Numéro de sécurité sociale :

Régime ou organisme d'assurance maladie :

DECLARATION D'OPTION DE RATTACHEMENT

Je déclare opter pour le rattachement au régime d'assurance maladie dont relève mon conjoint, partenaire PACS ou concubin. Je deviens assuré de ce régime pour la prise en charge de mes frais de santé et ceux des enfants qui me sont rattachés, le cas échéant.

J'atteste ne pas ou ne plus relever d'un régime d'assurance maladie et maternité au titre de l'exercice d'une activité professionnelle (ou assimilée), ou en tant que personne indemnisée au titre de l'assurance chômage, étudiant, pensionné de retraite ou d'invalidité, d'une rente ou allocation versée au titre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

Je certifie exacts et sincères les renseignements fournis ci-dessus.

Je m'engage à porter immédiatement à la connaissance du régime d'assurance maladie destinataire de la présente demande tout changement de la situation exposée ci-dessus.

Fait à :

Signature du demandeur:

Le :