

LA SÉCURITÉ SOCIALE
DES ARTISTES AUTEURS

**DEMANDE D'ADMISSION À L'ASSURANCE VOLONTAIRE INDIVIDUELLE
ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES**

Aide au remplissage du formulaire

Avant de commencer, munissez-vous...

De votre numéro
de sécurité sociale





COMMENT COMPLETER LE FORMULAIRE DE DEMANDE ?

Volet 2

Volet CARSAT ou CRAMIF

SECURITE SOCIALE

DEMANDE D'ADMISSION A L'ASSURANCE VOLONTAIRE INDIVIDUELLE
ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES
(articles L. 743-1, R. 743-1 à 3 et R. 743-9 à 10 du Code de la sécurité sociale)

N°11227*04 Date de réception par l'organisme

ADRESSEZ LES TROIS PREMIERS VOIETS A LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE VOTRE LIEU DE RESIDENCE
(A adresser à la CARSAT ou à la CRAMIF par la Caisse primaire d'assurance maladie)

LE DEMANDEUR

Vos nom(s) et Prénom(s) _____ (N° figurant sur votre carte Vitale)

Si vous n'en possédez pas, cochez cette case

Si vous possédez un _____

Date de naissance : _____ Sexe : Féminin Masculin

Lieu de naissance : _____ N° département : _____

- si vous êtes né en France : Commune de naissance : _____
- si vous êtes né hors de France : Pays de naissance : _____

Nationalité : Française UE/EEE*/Suisse Autre

Adresse _____
Code postal _____ Commune : _____
Téléphone : _____ Adresse courriel : _____

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Votre situation professionnelle actuelle :

- votre statut : chef d'entreprise artisanale, commerciale ou libérale ou conjoint collaborateur

- votre profession : _____

Si vous êtes chef d'entreprise artisanale ou commerciale, indiquez votre numéro d'inscription : _____
- au registre des métiers _____ ou au registre du commerce _____

Conditions dans lesquelles le travail est exercé :
(le demandeur décrit précisément la nature exacte de l'activité professionnelle qu'il exerce à titre principal : secteur de l'artisanat, travail administratif, travail de recherche, comptabilité, utilisation d'un moyen de locomotion, etc)

Base de calcul de la cotisation et, le cas échéant, des prestations en espèces (rente ou capital) en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle :

- montant du "salaire annuel" à compléter par le demandeur qui a le statut de chef d'entreprise (voir la notice) _____

- base forfaitaire à compléter par la CPAM si le demandeur est conjoint collaborateur (voir la notice) _____

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette déclaration **.

Fait à _____ le _____

Signature du demandeur _____

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

** La loi rend possible d'annuler ces impositions quiconque se rend coupable de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 313-1 à 313-3, 423-29, 443-1 et suivants du Code pénal). En outre, l'incertitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale.

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 auprès de votre organisme pour les données vous concernant.

S 610E

4

Reportez les mêmes informations du volet 1 sur le volet 2 puis datez et signez.

Volet 3

cerfa
N°11227*04

SECURITE SOCIALE
Récépissé à retourner au demandeur
DEMANDE D'ADMISSION A L'ASSURANCE INDIVIDUELLE
ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES
(articles L. 743-1, R. 743-1 à 3 et R. 743-9 à 10 du Code de la sécurité sociale)

ADRESSEZ LES TROIS PREMIERS VOLETS A LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE VOTRE LIEU DE RESIDENCE

LE DEMANDEUR

Vos nom(s) et Prénom(s) _____
(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (s'il y a lieu), précédés dans l'ordre de l'état civil) (n° figurant sur votre carte Vitale)

Si vous n'avez pas de numéro de sécurité sociale, cochez cette case

Date de naissance : _____ Sexe : Féminin Masculin

Lieu de naissance : _____ N° département : _____
- si vous êtes né en France : Commune de naissance : _____
- si vous êtes né hors de France : Pays de naissance : _____

Nationalité : Française UE/EEE* / Suisse Autre

Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone : _____ Adresse courriel : _____

**RECEPISSE DE DEMANDE D'ADMISSION A L'ASSURANCE VOLONTAIRE AT/MP
A RETOURNER AU DEMANDEUR PAR LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE**

Votre demande d'admission à l'assurance volontaire pour les risques accidents du travail et maladies professionnelles a été enregistrée :
Le _____ sous le numéro _____
Nous vous ferons connaître ultérieurement notre décision.
Fait à _____ Le _____

Identification de l'organisme

* Les pays de l'UE/EEE sont les suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, 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.
La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 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 le versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale.
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 auprès de votre organisme pour les données vous concernant.

S 6101e

5

Renseignez l'encart « LE DEMANDEUR ».

Ne pas compléter l'encart « RECEPISSE DE DEMANDE D'ADMISSION... ».

Volet 4

Volet CARSAT ou CRAMIF

SECURITE SOCIALE
DEMANDE D'ADMISSION A L'ASSURANCE VOLONTAIRE INDIVIDUELLE
ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES
(articles L. 743-1, R. 743-1 à 3 et R. 743-9 à 10 du Code de la sécurité sociale)

N°11227*04 Date de réception par l'organisme

ADRESSEZ LES TROIS PREMIERS VOIETS A LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE VOTRE LIEU DE RESIDENCE
(A adresser à la CARSAT ou à la CRAMIF par la Caisse primaire d'assurance maladie)

LE DEMANDEUR

Vos nom(s) et Prénom(s) _____ (N° figurant sur votre carte Vitale)

Si vous n'avez pas de numéro de sécurité sociale, cochez cette case

Date de naissance : _____ Sexe : Féminin Masculin

Lieu de naissance : _____ N° département : _____

- si vous êtes né en France : Commune de naissance : _____

- si vous êtes né hors de France : Pays de naissance : _____

Nationalité : Française UE/EEE*/Suisse Autre

Adresse _____

Code postal _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Adresse courriel : _____

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Votre situation professionnelle actuelle :

- votre statut : chef d'entreprise artisanale, commerciale ou libérale ou conjoint collaborateur

- votre profession : _____

Si vous êtes chef d'entreprise artisanale ou commerciale, indiquez votre numéro d'inscription : _____

- au registre des métiers _____ ou au registre du commerce _____

Conditions dans lesquelles le travail est exercé :

(le demandeur décrit précisément la nature exacte de l'activité professionnelle qu'il exerce à titre principal : secteur de l'artisanat, travail administratif, travail de recherche, comptabilité, utilisation d'un moyen de locomotion, etc)

Base de calcul de la cotisation et, le cas échéant, des prestations en espèces (rente ou capital) en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle :

- montant du "salaire annuel" à compléter par le demandeur qui a le statut de chef d'entreprise (voir la notice) _____

- base forfaitaire à compléter par la CPAM si le demandeur est conjoint collaborateur (voir la notice) _____

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette déclaration **.

Fait à _____ le _____

Signature du demandeur _____

* Les pays de l'UE/EEE sont les suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, 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.

** La loi rend possible d'annuler ces impositions quiconque se rend coupable de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 313-1 à 313-3, 423-29, 443-1 et suivants du Code pénal). En outre, l'insuffisance, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, ses filiales et ses libérés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.

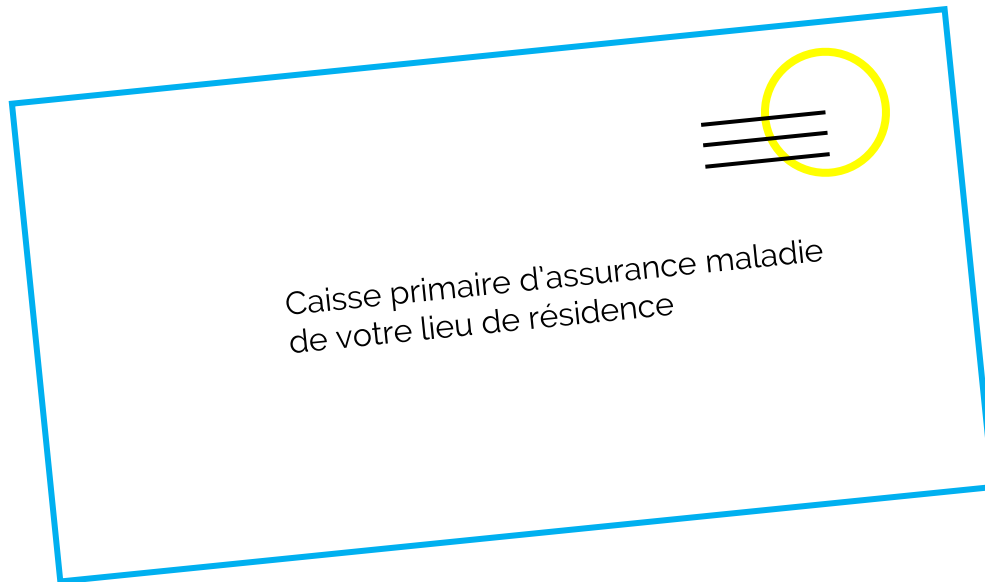
S 610E

6

Reportez les informations du volet 1 sur le volet 4 puis datez et signez.

Envoi de de votre formulaire de demande

Adressez par courrier les volets 1, 2 et 3
à votre Caisse primaire d'assurance maladie
de votre lieu de résidence.
Vous trouverez les coordonnées sur [ameli.fr](https://www.ameli.fr).





secu-artistes-auteurs.fr