

• LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER

Vous-même

Vos nom et prénoms :

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

Votre numéro de sécurité sociale :

Votre numéro d'allocataire actuel :

(Si vous en avez un et si changement de département, précisez également l'ancien n°) :

Votre date de naissance :

Votre nationalité : Française Européenne* Autre :

* Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Royaume-Uni, Slovénie, Suède et Suisse.

Êtes-vous : Propriétaire Locataire Hébergé(e) à titre gratuit Autre :

(Si vous êtes âgé(e) de moins de 25 ans, sans enfant et, hébergé(e) chez les parents, la demande doit être adressée au régime de sécurité sociale dont relèvent les parents)

Votre adresse :

Si vous n'avez pas d'adresse personnelle, nom et adresse de l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile :

(Par exemple : un Centre Communal d'Action Sociale, une association agréée)

.....

Votre situation familiale

Vous êtes : Célibataire Marié(e) / En concubinage / Pacsé(e) / Séparé(e) Divorcé(e) Veuf/Veuve

Depuis le :

Votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS

Ses nom et prénoms :

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

Son numéro de sécurité sociale :

Organisme de sécurité sociale (Si différent de la CNMSS) :

Son numéro allocataire :

Sa date de naissance :

Sa nationalité : Française Européenne* Autre :

* Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Royaume-Uni, Slovénie, Suède et Suisse.

Les autres personnes de moins de 25 ans à votre charge réelle et continue

(Y compris les bénéficiaires du RSA jeune)

Nom et Prénom	Nationalité (1)	Lien de parenté	Garde alternée (2)	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	Organisme de Sécurité sociale
			<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>			

(1) Nationalité : Renseignez de la manière suivante : « FRA » si vous êtes de nationalité française, « EEE » si vous appartenez à l'un des pays de la liste des pays Européens, « AUT » si vous n'êtes pas dans l'une ou l'autre de ces situations

(2) Cochez la case, s'il s'agit d'un enfant considéré fiscalement en garde alternée

• VOUS MÊME ET LES PERSONNES DE VOTRE FOYER BÉNÉFICIAIRES D'AIDES

(1) Allocation aux adultes handicapés ; (2) Allocation de solidarité aux personnes âgées ; (3) Allocation supplémentaire vieillesse ; (4) Allocation supplémentaire invalidité

Nom et Prénom	Demande de RSA en cours ou bénéficie RSA	Bénéficiaire de l'AAH (1)	Bénéficiaire de l'ASPA (2) et ou de l'ASV (3)	Bénéficiaire de l'ASI (4)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• LES RESSOURCES DE VOTRE FOYER

Indiquer le montant cumulé au cours de la période de 12 mois civils précédant l'avant-dernier mois de la demande.

Indiquer « 0 » en l'absence de ressources (si le nombre de colonnes n'est pas suffisant, complétez votre déclaration sur papier libre).

Précisez cette période de douze mois :

Par exemple :

Demande signée en novembre

→ période à renseigner : du 01/10/2021 au

30/09/2022)

Du

Au

	Vous	Votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS	Enfant ou personne âgé de moins de 25 ans	Enfant ou personne âgé de moins de 25 ans
			Nom: Prénom:	Nom: Prénom:
1- Salaires nets imposables
2- Revenus professionnels non-salariés agricoles ou non agricoles en début d'activité				
- Chiffre d'affaires hors taxe des quatre derniers trimestres civils précédant la demande :				
* La vente de marchandises et fourniture de logement
* Prestations commerciales et artisanales
* Activités libérales
* Activités agricoles
- Pour les gérants de société :				
* Rémunération ou part de bénéfice
3- Allocations chômage perçues
Rémunération de stage de formation professionnelle perçue
4- Précisez le(s) montant(s) perçu(s) :				
-Indemnités journalières
-Pension d'invalidité
-Une rente au titre d'un accident du travail/maladie professionnelle
5- Retraites de base et complémentaire (y compris veuvage)
6- Percevez-vous des prestations familiales et/ou des aides aux logements ?
7- Pension(s) alimentaire(s) perçue(s)
8- Ressources placées (assurance-vie, ...)
Précisez la nature du placement :
9- Autres ressources (dons, gains de jeux...)
Précisez :
10- Pension(s) et obligation(s) alimentaire(s) versées

• LE CHOIX DE VOTRE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Pour bénéficier de la Complémentaire santé solidaire vous devez choisir l'organisme qui sera votre interlocuteur. Vous pouvez choisir, pour vous et les membres de votre foyer, soit votre caisse d'assurance maladie, soit l'un des organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, société d'assurance) figurant sur la liste des organismes participant ou que vous trouverez sur le site www.complementaire-santé-solidaire.gouv.fr

BON A SAVOIR :

- Si vous bénéficiez d'une Complémentaire santé obligatoire d'entreprise, vous pouvez demander à votre employeur une dispense d'adhésion à cette complémentaire pendant la durée de Complémentaire santé solidaire. Un modèle de courrier de dispense à cette Complémentaire est disponible sur le site www.complementaire-santé-solidaire.gouv.fr
- Si vous choisissez un organisme complémentaire figurant dans la liste des organismes habilités à gérer la Complémentaire santé solidaire et que l'année suivante vos ressources ne vous permettent plus de bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, cet organisme aura l'obligation de vous proposer de prolonger votre protection d'une année supplémentaire à un tarif préférentiel.

Pour choisir votre organisme Complémentaire santé solidaire, complétez les rubriques ci-dessous :

Important: si vous n'indiquez aucun choix, votre caisse d'assurance maladie sera désignée comme votre organisme Complémentaire santé solidaire.

JE CHOISIS

Ma caisse d'assurance maladie

ou

Organisme figurant dans la liste sur le site www.complementaire-santé-solidaire.gouv.fr (complétez les rubriques 1 / 2 / 3)

Rubrique 1

Nom de l'organisme gérant votre Complémentaire santé solidaire :

Adresse :

Si les membres de votre foyer ne choisissent pas le même organisme que vous, photocopiez la page 3 en autant d'exemplaires que d'organismes différents choisis en prenant le soin de les compléter. Vous pouvez aussi les télécharger sur le site www.complementaire-santé-solidaire.gouv.fr

Rubrique 2

Nom et Prénom	Nationalité	Lien de parenté	Garde alternée	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	Organisme de Sécurité sociale

Rubrique 3

Vos coordonnées :

(Indiquez ci-dessous les coordonnées d'un des membres de votre foyer parmi la liste des personnes du tableau qui sera l'interlocuteur de votre organisme complémentaire)

Nom et prénoms :

Adresse :

Adresse mail :

Téléphone :

Partie réservée à l'administration

Sans participation financière du / / au / /

Moyennant paiement d'une participation financière

Cachet de la caisse d'assurance maladie
gérant la couverture maladie de base



• PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

- Avis d'imposition ou avis de situation déclarative à l'impôt (ASDIR) ;
- Avis de taxe foncière ;
- Si perception de prestations de la MSA, joindre les justificatifs de paiements ;
- En cas de garde alternée, joindre un justificatif attestant du mode de garde ;
- En cas de versement d'une pension alimentaire, joindre le justificatif attestant du montant versé ;
- Si bénéficiaire du chômage, joindre les relevés de paiements Pôle Emploi.

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNÉ

Les informations recueillies sont traitées par la CNMSS pour le bénéfice de la Complémentaire santé solidaire. Les données sont conservées par la CNMSS pendant la durée nécessaire à la gestion des droits à la Complémentaire santé solidaire et dans la limite de 5 années à compter de la fermeture des droits à la Complémentaire santé solidaire. Pour en savoir plus, rendez-vous sur la page protection des données du site www.cnmss.fr. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données vous concernant en adressant une demande écrite à la CNMSS. En cas de difficultés dans l'application des droits énoncés ci-dessus, vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

L'authenticité et la sincérité de vos déclarations peuvent être contrôlées à des fins de lutte contre la fraude auprès d'autres organismes de sécurité sociale, de Pôle emploi, des caisses assurant le service des congés payés ou de l'administration fiscale (articles L.114-12 et L.114-14 du Code de la sécurité sociale) et/ou auprès d'organismes tiers : banques, assurances, opérateurs de téléphonie (articles L.114-19 et suivants du code de la sécurité sociale).

Le contenu de vos déclarations peut également être communiqué au personnel habilité des organismes mentionnés aux articles L.114-12 et L.114-14 du Code de la sécurité sociale à des fins de contrôle de la lutte contre la fraude.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amendes et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale). La décision attribuant la Complémentaire santé solidaire peut aussi être annulée. Vous devrez alors rembourser les sommes versées à tort. En cas de disproportion marquée entre les éléments de ressources que vous déclarez et votre train de vie, vous pouvez faire l'objet d'une procédure d'évaluation par votre caisse d'assurance maladie et votre droit à prestation peut être refusé ou remis en cause (articles L.861-2-1, R.861-15-1 à R.861-15-7 du Code de la sécurité sociale).

Nom :

Prénom :

Fait à :

Le :

- *Je certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts et sincères.*

Signature du demandeur



- *Si le dossier est rempli par un organisme agréé, merci de mentionner le nom et les coordonnées de l'organisme qui l'a rempli.*

Cachet de l'organisme



Vous pouvez nous adresser votre demande :

- ➔ En ligne depuis notre site Internet www.cnmss.fr
Vos démarches / Contactez la CNMSS / Nous joindre par courriel / Objet de ma demande : Complémentaire santé solidaire
- ➔ Par voie postale
CNMSS - Complémentaire santé solidaire - 247 avenue Jacques Cartier 83090 TOULON Cedex 09

Vous bénéficiez du droit à l'erreur

Vous avez la possibilité de corriger les informations que vous avez déclarées dans ce formulaire en application du droit à l'erreur. Pour ce faire, vous pouvez nous contacter au 04 94 16 36 00.