

HAUT-RHIN

Madame, Monsieur,

Vous êtes affilié(e) à un organisme de Sécurité Sociale étranger. Aux termes de l'article 17 des Règlements CE 883/2004. Les membres de votre famille ont droit aux prestations en nature des assurances maladie, maternité sur votre compte s'ils ne possèdent par un droit personnel à ces prestations sur le territoire de résidence.

Afin de nous permettre de vérifier si ces conditions sont réunies, nous vous invitons à répondre à chacune des questions suivantes :

Renseignements concernant :	L'ASSURE	LE CONJOINT ou la personne vivant maritalement
NOM, Nom de jeune fille, Prénom N° d'immatriculation, ou date de naissance Nationalité Adresse actuelle	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
Exercez-vous en France et/ou à l'étranger : * Une activité salariée ? Raison sociale et adresse du ou des employeurs	(1) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON </div> _____ _____ _____	(1) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON </div> _____ _____ _____
* Une profession libérale, artisanale ou commerciale ? N° de registre de commerce ou des métiers * Une activité salariée ou non salariée agricole ? * Une autre activité quelconque pour le compte de tiers ou de membres de famille ?	(1) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> OUI Laquelle ? _____ <input type="checkbox"/> NON </div> _____ _____ (1) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON </div>	(1) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> OUI Laquelle ? _____ <input type="checkbox"/> NON </div> _____ _____ (1) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON </div>
Date de début de l'activité	_____	_____
Etes-vous titulaire d'une ou plusieurs pension(s) ? - Nature - Organisme débiteur - N° de pension - Date d'effet	(1) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON </div> _____ _____ _____ _____	(1) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON </div> _____ _____ _____ _____
Organisme d'affiliation - Adresse	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Etes-vous inscrit à l'Agence Nationale pour l'Emploi ? A l'Assedic ?	(1) <input type="checkbox"/> OUI depuis le <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI depuis le <input type="checkbox"/> NON	(1) <input type="checkbox"/> OUI depuis le <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI depuis le <input type="checkbox"/> NON

(1) Barrer la mention inutile



Renseignements concernant les membres de la famille à charge

NOM DE FAMILLE	PRENOMS(S)	DATE DE NAISSANCE
		/ / / / / / / / / / / / / / / /
		/ / / / / / / / / / / / / / / /
		/ / / / / / / / / / / / / / / /
		/ / / / / / / / / / / / / / / /
		/ / / / / / / / / / / / / / / /
		/ / / / / / / / / / / / / / / /
		/ / / / / / / / / / / / / / / /
		/ / / / / / / / / / / / / / / /
		/ / / / / / / / / / / / / / / /

Si les deux conjoints exercent une activité à l'étranger, veuillez nous indiquer sur quel dossier vous demandez le rattachement des membres de la famille : _____

Après avoir pris connaissance de l'article L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à signaler toute modification qui pourrait dorénavant intervenir dans notre situation.

FAIT à _____, le _____
Signature de l'assuré (e)

La loi rend passible d'amendes et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Art. L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale et L 441-1 du Code Pénal)