

B - NOTIFICATION DE L'INSCRIPTION

8	<input type="checkbox"/> ⁽⁵⁾	
8.1	Les ayants droit de la personne mentionnée au cadre 2 n'ont pas été inscrits parce que	
8.2	<input type="checkbox"/>	aucun des intéressés n'a la qualité d'ayant droit au regard de notre législation
8.3	<input type="checkbox"/>	tous les ayants droit ont droit aux prestations en nature en vertu des dispositions de notre législation,
8.4	<input type="checkbox"/>	le conjoint ou la personne qui a la garde des enfants exerce une activité professionnelle sur notre territoire,
8.5	<input type="checkbox"/>	autres motifs :
	

9	<input type="checkbox"/> ⁽⁵⁾		
9.1	Les ayants droit de la personne mentionnée au cadre 2 ont été inscrits		
	Nom	Prénoms	Nom de naissance
	Date de naissance		
9.2	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....

10	INSTITUTION DU LIEU DE RÉSIDENCE		
10.1	Dénomination : Numéro de code ⁽⁴⁾		
10.2	Adresse ⁽²⁾ :		
		
10.3	Cachet		
		10.4	Date
		10.5	Signature

INSTRUCTIONS

Ce formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie en utilisant uniquement les lignes pointillées. Ce formulaire comporte quatre pages, aucune d'entre elle ne peut être supprimée même si elle ne comporte aucune indication. .

INDICATIONS POUR LE TRAVAILLEUR OU LE TITULAIRE DE PENSION OU DE RENTE

Ce document permet aux ayants droit du travailleur ou ceux du titulaire de pension ou de rente qui ne résident pas avec l'assuré sur le territoire compétent, de bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité, servies pour le compte de l'institution compétente, par l'institution de résidence, selon les dispositions de la législation qu'elle applique. Ces dispositions ne sont pas applicables si les intéressés bénéficient sur le territoire de résidence des prestations de l'assurance maladie maternité au titre d'un droit lié à une activité professionnelle ou à un avantage personnel contributif.

Ce formulaire doit être présenté à l'institution du lieu de résidence des ayants droits du travailleur ou du titulaire de pension. Celle ci procèdera à l'inscription des intéressés. La détermination de la qualité d'ayants droit sera faite selon la législation du territoire de résidence des ayants droit. Ce document devra être présenté :

- en **France métropolitaine**, à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de résidence,
- dans un **département d'outre mer**, à la caisse générale de sécurité sociale du lieu de résidence;
- en **Nouvelle Calédonie**, à la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie (CAFAT).

Tout changement de situation de nature à modifier le droit aux prestations en nature, doit être signalé à l'institution du lieu de résidence.

NOTES

- (1) A remplir uniquement lorsque le formulaire est établi à la demande de l'institution du lieu de résidence.
- (2) Rue, numéro, code postal, localité, pays.
- (3) Indiquer un seul ayant droit.
- (4) A compléter si elle en dispose.
- (5) Remplir le cadre 8 ou 9 selon le cas et mettre une croix dans la case correspondante.

