

ATTESTATION POUR L'INSCRIPTION DES AYANTS DROIT  
DU TRAVAILLEUR OU DU TITULAIRE DE PENSION OU DE RENTE(Soins de santé aux ayants droit du travailleur ou du titulaire de pension  
résidant habituellement sur l'autre territoire)

(Articles 20 ; article 21, paragraphe 3 de l'accord)

L'institution compétente du travailleur ou du titulaire de pension ou de rente remplit la partie A du formulaire et en remet deux exemplaires au travailleur ou au pensionné, ou les fait parvenir à l'institution du lieu de résidence des ayants droit sur l'autre territoire si l'imprimé est établi à la demande de cette dernière institution.

L'institution du territoire de résidence des ayants droit complète la partie B et fait retour d'un exemplaire à l'institution compétente du territoire d'affiliation.

## A - NOTIFICATION DU DROIT

<b>1</b>	<b>INSTITUTION DU LIEU DE RÉSIDENCE <sup>(1)</sup></b>		
1.1	Dénomination : .....		
1.2	Adresse <sup>(2)</sup> : ..... .....		

  

<b>2</b>	<input type="checkbox"/> Travailleur salarié <input type="checkbox"/> Pensionné (régime des salariés)		
	<input type="checkbox"/> Travailleur non salarié <input type="checkbox"/> Pensionné (régime des non salariés)		
2.1	Nom .....	Prénom .....	Nom de naissance .....
2.2	Date de naissance : ..... Nationalité : .....		
2.3	Adresse <sup>(2)</sup> : ..... .....		
2.4	Numéro d'immatriculation : .....		
2.5	Numéro de pension : .....		

<b>3</b>	<b>IDENTIFICATION DES AYANTS DROIT <sup>(3)</sup></b>		
3.1	Nom : .....		
3.2	Prénoms	Nom de naissance	Date de naissance
	.....	.....	.....
3.3	Adresse <sup>(2)</sup> : .....		
	.....		

- 4** Les ayants droit
- ☐ du travailleur, ☐ du titulaire de pension ou de rente
- désigné ci-dessus
- ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité

- 5** Ce droit est ouvert à la date du .....

<b>6</b>	<b>ET SUBSISTE</b>
6.2	<input type="checkbox"/> jusqu'au : ..... inclus.

<b>7</b>	<b>INSTITUTION COMPÉTENTE</b>		
7.1	Dénomination : .....	Numéro de code <sup>(4)</sup> .....	
7.2	Adresse <sup>(2)</sup> : .....		
	.....		
7.3	Cachet :	7.4	Date : .....
		7.5	Signature :

## B - NOTIFICATION DE L'INSCRIPTION

<b>8</b>	<input type="checkbox"/> <sup>(5)</sup>
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 : ..... .....

<b>9</b>	<input type="checkbox"/> <sup>(5)</sup>			
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	.....	.....	.....	.....

<b>10</b>	<b>INSTITUTION DU LIEU DE RÉSIDENCE</b>
10.1	Dénomination : ..... Numéro de code <sup>(4)</sup> .....
10.2	Adresse <sup>(2)</sup> : ..... .....
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.

