

Démarche : GDB - Demande d'admission à l'assurance volontaire individuelle accidents du travail et maladies professionnelles

Organisme : Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Pôle assuré

Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

Formulaire

Ce formulaire en ligne permet au chef d'entreprise artisanale, commerciale ou libérale ou, depuis le 1er janvier 2015, à tout conjoint collaborateur, de souscrire une assurance volontaire et individuelle.

Pour une connexion simple et pratique, utilisez la connexion France-Connect.

Demande d'admission à l'Assurance Volontaire Individuelle Accidents du Travail et Maladie Professionnelles
(Articles L. 743-1, R. 743-1 à 3 et R. 743-9 à 10 du Code de la Sécurité Sociale)

LE DEMANDEUR

De quelle Caisse Primaire d'Assurance Maladie dépendez-vous ?

Indiquez le département de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Vos Nom(s) et Prénom(s)

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu), prénoms dans l'ordre de l'état civil)

Votre n° de sécurité sociale si vous en possédez un

(n° figurant sur votre carte Vitale)

Saisir les 15 chiffres sans espace

Si vous n'en possédez pas, cochez cette case

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐

Date de naissance

Format jj/mm/aaaa

Sexe

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Féminin

☐ Masculin

Lieu de naissance :

Si vous êtes né en France :

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Commune de naissance :

N° département :

Si vous êtes né hors de France :

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pays de naissance :

Nationalité :

*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.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Française

☐ UE/EEE*/Suisse

☐ Autre

Adresse

Votre adresse actuelle

Téléphone

Adresse courriel

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

a - Votre situation professionnelle actuelle :

Votre statut

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Chef d'entreprise artisanale, commerciale ou libérale

☐ Conjoint collaborateur

Votre profession

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

- au registre de métiers ou registre du commerce

SIRET

Dénomination

Forme juridique

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 le guide de la démarche - en haut du formulaire)

- base forfaitaire à compléter par la CPAM si le demandeur est conjoint collaborateur

(Voir le guide de la démarche - en haut du formulaire)

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette déclaration

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

En cochant cette case, je m'engage et signe ce formulaire.

La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du

GDB - Demande d'admission à l'assurance volontaire individuelle accidents du travail et maladies

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.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Le

Format jj/mm/aaaa

Fait à