cerfa
N° 12504*11

Demande de Complémentaire santé solidaire (C2S)

(articles L.861-1 et suivants, articles R.861-2 et suivants du Code de la sécurité sociale)

Merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.
Pour plus d'informations, veuillez vous reporter à la notice.

▶ 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 n° de sécurité sociale *(si vous en avez un)* **:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Votre n° de dossier CAF *(allocations familiales, si vous en avez un)* **:** ☐☐☐☐☐☐☐

Votre date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Votre nationalité : française ☐ **européenne*** ☐ **autre** ☐

Votre adresse : .....

Code Postal : ☐☐☐☐☐ **Commune :** .....

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) : .....

Code Postal : ☐☐☐☐☐ **Commune :** .....

▪ Votre situation familiale a-t-elle changé au cours des 12 derniers mois ? oui ☐ non ☐

Si oui, vous êtes : célibataire ☐ **marié(e) - en concubinage - pacsé(e)** ☐ **séparé(e) - divorcé(e)** ☐ **veuf ou veuve** ☐

▪ 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 son nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Son n° de sécurité sociale *(s'il(si elle) en a un)* **:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Son n° de dossier CAF *(allocations familiales, s'il(si elle) en a un)* **:** ☐☐☐☐☐☐☐

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, 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
			☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐
			☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐
			☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐
			☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐
			☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐
			☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

(1) *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-MEME ET LES PERSONNES DE VOTRE FOYER BENEFICIAIRES D'AIDES

Nom et prénom	A demandé le RSA	Bénéficie déjà du RSA	Bénéficie de l'AAH (1)	Bénéficie de l'ASPA (2) ou de l'ASV (3)	Bénéficie de l'ASI (4)
	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐

(1) *Allocation aux adultes handicapés* (2) *Allocation de solidarité aux personnes agées* (3) *Allocation supplémentaire vieillesse* (4) *Allocation supplémentaire d'invalidité*

▶ LES RESSOURCES DE VOTRE FOYER

Ne tenez pas compte de cette page relative aux ressources si vous êtes bénéficiaire de l'ASI ou de l'ASPA (sauf si vous ou votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS avez exercé une activité professionnelle au cours des 3 derniers mois), ou si vous êtes allocataire du RSA.

☞ **Précisez cette période de douze mois :**

du ⌴⌴ (mois) ⌴⌴⌴⌴ (année)

au ⌴⌴ (mois) ⌴⌴⌴⌴ (année)

☞ ***Indiquez le montant cumulé au cours de la période de 12 mois civils précédant l'avant dernier mois de la demande***
(indiquez "0" en l'absence de ressources) (si le nombre de colonnes n'est pas suffisant, complétez votre déclaration sur papier libre)

	Vous	Votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans
			Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
1 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 :				
• 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	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €
2 Rémunérations diverses :				
- Indemnités exceptionnelles non imposables	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €
3 Actuellement :				
- Etes-vous en arrêt de travail depuis plus de 6 mois au titre de la maladie ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
- Etes-vous au chômage indemnisé (total ou partiel) ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
- Percevez-vous l'allocation de solidarité spécifique ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
- Percevez-vous une rémunération de stage de formation professionnelle ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
4 Percevez-vous ou avez-vous perçu des indemnités journalières, une pension d'invalidité, une rente au titre d'un accident du travail/maladie professionnelle ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
5 Percevez-vous des prestations familiales, des aides au logement ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
6 Pension(s) alimentaire(s) perçue(s)	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €
7 Etes-vous propriétaire de votre logement ou logé(e) gratuitement ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
8 Ressources placées n'ayant pas rapporté de revenus (par exemple : assurance vie)	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €
9 Autres ressources (dons, gains aux jeux ...) Précisez la nature :	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ € .....

☞ ***Veuillez nous fournir le(s) justificatif(s) suivant(s)*** *(Vous devez présenter les originaux ou des photocopies lisibles) :*

Nous nous réservons la possibilité de revenir vers vous si ces informations s'avèrent insuffisantes pour l'instruction de votre dossier.

Votre situation	Justificatif(s) à fournir
Votre foyer et ses ressources (pour toutes les personnes concernées du foyer)	- Avis d'impôt ou avis de situation déclarative à l'impôt (ASDIR) - Avis de taxe foncière, de taxe locale d'habitation
Si vous avez résidé à l'étranger au cours de la période de référence	Les justificatifs de situation fiscale et sociale du(des) pays concerné(s)

▶ LE CHOIX DE VOTRE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

▪ Pour bénéficier de la C2S 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, sociétés d'assurance) figurant dans la liste des organismes participant à la C2S, que vous trouverez sur le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr ou que vous pouvez demander à votre caisse d'assurance maladie.

Si vous choisissez une mutuelle, une institution de prévoyance ou une société d'assurance, votre caisse d'assurance maladie l'informera de votre choix, si vos droits à la C2S sont reconnus, en lui transmettant les informations figurant en pages 3 et 4.

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 votre C2S. Un courrier de demande de dispense à cette complémentaire est disponible sur le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr*
- *Si les membres de votre foyer ne choisissent pas le même organisme que vous, photocopiez les pages 3 et 4 en autant d'exemplaires que d'organismes différents choisis en prenant soin de les compléter. Vous pouvez aussi les télécharger sur le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr*
- *Si vous choisissez un organisme complémentaire figurant dans la liste des organismes habilités à gérer la C2S et que l'année suivante vos ressources ne vous permettent plus de bénéficier de la C2S, cet organisme aura l'obligation de vous proposer de prolonger votre protection d'une année supplémentaire à un tarif préférentiel*

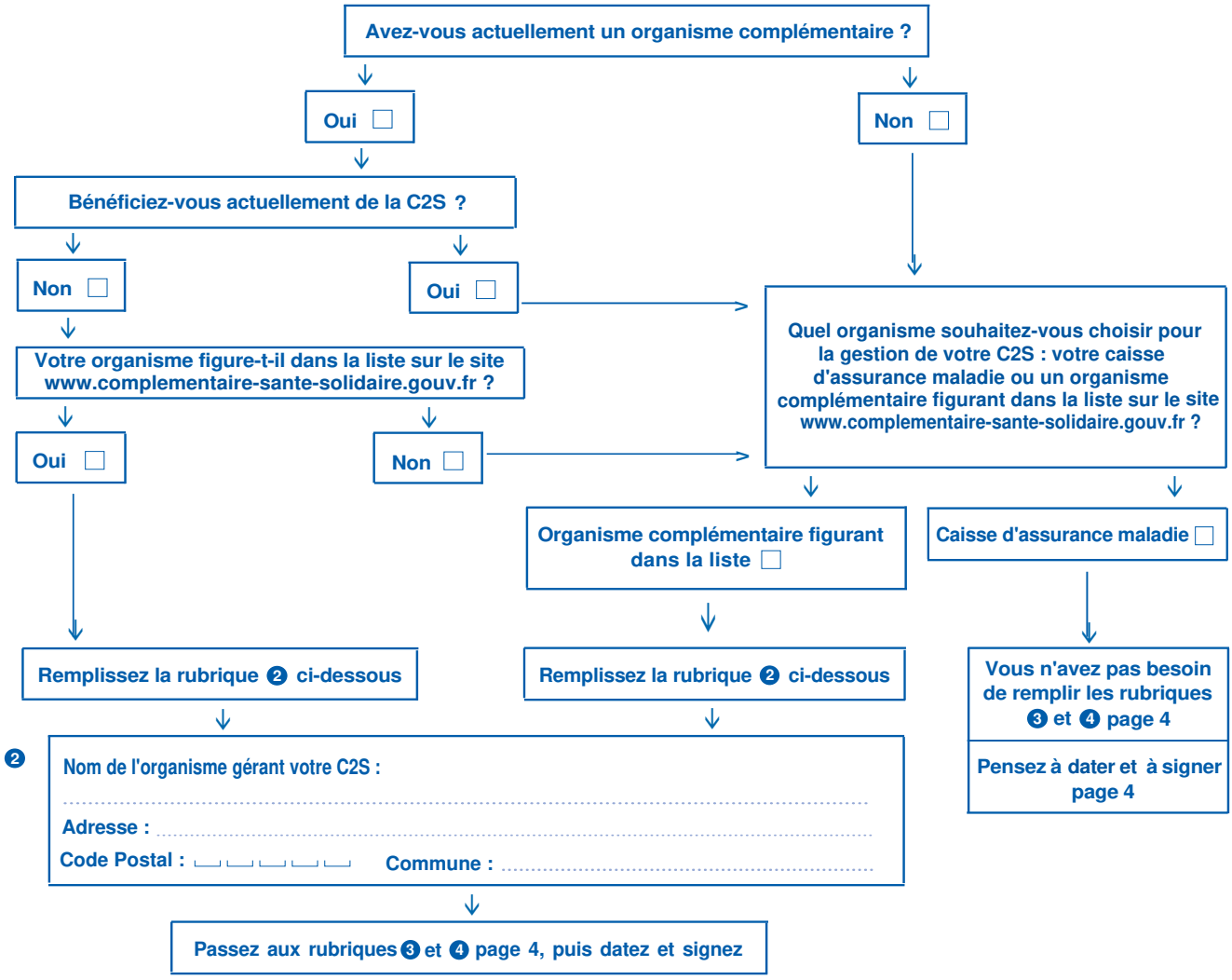
▪ Comment choisir votre organisme C2S ?

Pour faire votre choix, complétez les rubriques qui figurent ci-dessous. Mais attention, les possibilités de choix sont différentes selon votre situation.

IMPORTANT : Si vous n'indiquez aucun choix, votre caisse d'assurance maladie sera désignée comme votre organisme C2S. Si lors d'une première demande, vous avez déjà une complémentaire santé gérée par un organisme figurant dans la liste des organismes participant à la C2S, vous devez la conserver.

LAISSEZ-VOUS GUIDER :

❶ *Cochez les cases en fonction de votre situation*



▶ VOUS AVEZ FAIT LE CHOIX D'UN ORGANISME COMPLEMENTAIRE FIGURANT SUR LA LISTE

❸ Personnes du foyer (y compris le demandeur) ayant choisi le même organisme :

Nom et prénom	Lien de parenté avec le demandeur	Garde alternée *(1)*	Date de naissance	N° de sécurité sociale	Code de l'organisme d'assurance maladie *(2)* *(si différent du demandeur)*
		☐	__/__/____	_____ __	
		☐	__/__/____	_____ __	
		☐	__/__/____	_____ __	
		☐	__/__/____	_____ __	
		☐	__/__/____	_____ __	
		☐	__/__/____	_____ __	

(1) Si votre enfant est considéré fiscalement en garde alternée, cochez la case correspondante

(2) Disponible sur l'attestation papier qui accompagne votre carte Vitale

❹ Vos coordonnées :

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

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

Adresse : .....

Code Postal : __ __ __ __ __ **Commune :** .....

Adresse mail : .....

Téléphone : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Les informations recueillies sont traitées par l'Assurance Maladie pour le bénéfice de la C2S. Les données sont conservées par l'Assurance Maladie pendant la durée nécessaire à la gestion des droits à la C2S et dans la limite de 3 années à compter de la fermeture des droits à la C2S. Pour en savoir plus, rendez-vous sur la page protection des données sur le site www.ameli.fr ou www.msa.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 au Directeur ou au DPO de votre organisme de rattachement. 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 C2S 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).

▶ *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.*

Fait à : .....

Le : __/__ __/__ __/__/__/__

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

DROITS A LA C2S

(A compléter par la caisse d'assurance maladie)

☐ **sans participation financière** **du** __/__ __/__ __/__/__/__ **au** __/__ __/__ __/__/__/__

☐ **moyennant paiement d'une participation financière**

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