



n° 50546#02

SECURITE SOCIALE

DEMANDE D'ADMISSION A L'ASSURANCE
VOLONTAIRE INDIVIDUELLE ACCIDENTS DU
TRAVAIL
ET MALADIES PROFESSIONNELLES

(Art. L 743-1, R 743-1 à 3 et R 743-9 à 10 du Code de la Sécurité Sociale)

NOTICE

**APPLICATION DES DISPOSITIONS DU LIVRE VII
DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE RELATIF A L'ASSURANCE VOLONTAIRE**

Art. R 743-1 - Les personnes non mentionnées aux articles L 411-1, L 411-2, L 412-2, L 412-8 et L 413-12 du Code S.S. qui désirent bénéficier de l'assurance volontaire prévue à l'article L 743-1 adressent à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dans la circonscription de laquelle elles ont leur résidence habituelle une demande conforme à un modèle fixé par arrêté ministériel (art. D 482-1 du Code de la Sécurité Sociale), accompagnée d'un extrait d'acte de naissance sur papier libre.

Art. R 743-2 - Le requérant fait connaître à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, dans sa déclaration, le salaire annuel devant servir de base au calcul des cotisations et, sous réserve des dispositions de l'art. R 743-3 ci-après, au calcul des prestations.

Ce salaire ne peut être inférieur au salaire minimum prévu au premier alinéa de l'art. L 434-16 du Code S.S., ni supérieur au plafond annuel moyen des cotisations de sécurité sociale (visé à l'art. L 241-3 du Code S.S.)

Dans le cas où le requérant bénéficie également pour les risques invalidité et vieillesse de l'assurance volontaire au titre de l'art. L 742-1 du Code S.S., le salaire annuel de base des cotisations et des indemnités est celui de la catégorie dans laquelle l'intéressé se trouve classé, sans pouvoir, toutefois, être inférieur au minimum prévu à l'alinéa précédent.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie vérifie si la situation du requérant entre dans les catégories mentionnées à l'art. R 743-1 et lui notifie sa décision dans un délai d'un mois à compter de la date de la réception de la demande.

Art. R 743-3 - L'assurance volontaire ouvre droit aux prestations prévues par la législation relative aux accidents du travail à l'exception de l'indemnité journalière visée à l'art. L 433-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Art. R 743-9 - Les droits de l'assuré volontaire prennent effet du 1^{er} jour du mois qui suit la décision de la Caisse Primaire jusqu'au dernier jour du trimestre civil en cours, sous réserve de l'acquittement des cotisations. En dehors du premier versement, les cotisations trimestrielles sont payables d'avance dans les quinze premiers jours du mois précédant le trimestre civil d'assurance.

Art. R 743-10 - Lorsque les cotisations n'ont pas été intégralement acquittées à la fin du mois précédant le trimestre civil d'assurance, les accidents intervenus pendant ce trimestre n'ouvrent pas droit aux prestations de l'assurance volontaire.

Tout changement de résidence de l'assuré volontaire, ayant pour conséquence un changement de Caisse d'affiliation, doit être signalé dans un délai d'un mois à la Caisse Primaire de son ancienne résidence.

PRESTATIONS EN NATURE

L'assuré volontaire bénéficie pour lui-même, au titre du Livre IV du Code de la Sécurité Sociale, des prestations suivantes :

- frais de médecine générale et spéciale,
- frais d'hospitalisation et de chirurgie,
- frais pharmaceutiques et d'accessoires,
- frais d'appareillage,
- frais de réadaptation fonctionnelle, de rééducation professionnelle,
- reclassement,
- frais funéraires.

PRESTATIONS EN ESPECES

L'assuré volontaire bénéficie, lorsqu'il est atteint d'une incapacité permanente partielle :

- inférieure à 10 % : d'une indemnité en capital,
- égale ou supérieure à 10 % : d'une rente.

En cas de décès de la victime, une rente de survivant peut être servie aux ayants droit.

FORMALITES A ACCOMPLIR

Vous êtes ressortissant étranger

- ressortissant de l'espace économique européen,
- ressortissant des pays hors de l'espace économique européen,

Vous devez contacter la caisse primaire de votre lieu de résidence afin de connaître les pièces à fournir conformément à la législation en vigueur.



N° 11227*02

SÉCURITÉ SOCIALE

DEMANDE D'ADMISSION A L'ASSURANCE VOLONTAIRE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES (Article L 743-1 et articles R 743-1 à 5 du Code de la Sécurité Sociale)

VOLET

1

C.P.A.M.

CADRE RÉSERVÉ A LA C.P.A.M. C.P.A.M. N° DE DOCUMENT 1010 C.R.A.M. RÉGIME EFFET D'IMMATRICULATION C.P.A.M. AFFILIATION C.P.A.M. PREST. CENTRE PAIE

DÉCLARANT

(1) Monsieur Madame Mademoiselle

NOM (EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) - (POUR LES FEMMES, INDIQUER SUR CETTE LIGNE LE NOM DE JEUNE FILLE)

PRÉNOMS (DANS L'ORDRE DE L'ÉTAT CIVIL)

ÉPOUSE DE (EN CAPITALES D'IMPRIMERIE)

SEXE (1) Masculin Féminin Nationalité Française EEE Autre RÉSERVE C.P.A.M.

DATE DE NAISSANCE (JOUR MOIS AN) LIEU DE NAISSANCE (POUR PARIS ET LYON INDIQUER L'ARRONDISSEMENT) N° DÉPART N° COMMUNE

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NÉE HORS DE FRANCE

MÉTROPOLITAINE, QU'IL S'AGISSE DE PERSONNE DE NATIONALITÉ FRANÇAISE OU ÉTRANGÈRE (voir notice "formalités")

demandeur né hors de France métropolitaine pays de naissance commune nom de naissance du père premier prénom nom de naissance de la mère premier prénom demandeur ressortissant de l'EEE (cf. notice) préciser le cas échéant son n° d'immatriculation dans son pays de nationalité demandeur ressortissant d'un pays hors de l'EEE (cf. notice) certificat de résidence* carte de séjour* récépissé de demande de renouvellement* autres, andorran, monégasque* * indiquer pour ces documents, le numéro : et la date de fin de validité

ADRESSE PRÉCISE N° VOIE (NATURE ET NOM DE LA VOIE) (COMPLÈMENT D'ADRESSE : VILLA, LIEUDIT, LOTISSEMENT, CITÉ, RÉSIDENCE, BATIMENT, ESCALIER, ÉTAGE) COMMUNE (CODE POSTAL) (BUREAU DISTRIBUTEUR A INDIQUER S'IL EST DIFFÉRENT DE LA COMMUNE DE RÉSIDENCE)

Le déclarant a-t-il déjà été immatriculé aux Assurances Sociales ? (1) OUI NON

Si OUI, sous quel numéro d'identification

Profession

N° d'inscription au registre (1) du commerce des métiers

CONDITIONS DANS LESQUELLES LE TRAVAIL EST EXERCÉ

(Le déclarant mentionnera les circonstances de nature à renseigner exactement la Caisse sur son activité professionnelle : travail à domicile, à façon pour une clientèle privée, emploi de moteurs mécaniques, utilisation ou non pour l'exercice de la profession d'un moyen de locomotion : le quel ? collaborateurs, salariés ou non, etc.).

Salaire annuel devant servir de base au calcul de la cotisation et éventuellement des rentes : Ce salaire ne peut être inférieur, ni supérieur à un montant fixé légalement (voir notice - art. R 743-2)

€

Signature,

Certifié exact à le

(1) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte. Exemple : pour répondre OUI, [X] OU [X] NON

La loi 78.17 du 6 janvier 1978 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 pour les données vous concernant auprès de votre organisme de sécurité sociale



N° 11227*02

SÉCURITÉ SOCIALE

DEMANDE D'ADMISSION A L'ASSURANCE VOLONTAIRE
ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES
(Article L 743-1 et articles R 743-1 à 5 du Code de la Sécurité Sociale)

VOLET

2

C.P.A.M.

CADRE RÉSERVÉ A LA C.P.A.M.	C.P.A.M.	N° DE DOCUMENT	1 0 0	C.R.A.M.
RÉGIME		EFFET D'IMMATRICULATION		
C.P.A.M. AFFILIATION		C.P.A.M. PREST.		CENTRE PAIE ^T

DÉCLARANT

(1) Monsieur Madame Mademoiselle

NOM (EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) - (POUR LES FEMMES, INDIQUER SUR CETTE LIGNE LE NOM DE JEUNE FILLE)

PRÉNOMS (DANS L'ORDRE DE L'ÉTAT CIVIL)

ÉPOUSE DE (EN CAPITALES D'IMPRIMERIE)

SEXE (1) Masculin Féminin Nationalité Française EEE Autre

DATE DE NAISSANCE (JOUR | MOIS | AN) LIEU DE NAISSANCE (POUR PARIS ET LYON INDIQUER L'ARRONDISSEMENT) N° DÉPART N° COMMUNE

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NÉE HORS DE FRANCE

MÉTROPOLITAINE, QU'IL S'AGISSE DE PERSONNE DE NATIONALITÉ FRANÇAISE OU ÉTRANGÈRE (voir notice "formalités")

demandeur né hors de France métropolitaine
pays de naissance commune

nom de naissance du père premier prénom

nom de naissance de la mère premier prénom

demandeur ressortissant de l'EEE (cf. notice)
préciser le cas échéant son n° d'immatriculation dans son pays de nationalité

demandeur ressortissant d'un pays hors de l'EEE (cf. notice)
 certificat de résidence* carte de séjour* récépissé de demande de renouvellement* autres, andorran, monégasque*
* indiquer pour ces documents, le numéro : et la date de fin de validité

ADRESSE PRÉCISE { N° VOIE (NATURE ET NOM DE LA VOIE)
..... (COMPLÈMENT D'ADRESSE : VILLA, LIEUDIT, LOTISSEMENT, CITÉ, RÉSIDENCE, BATIMENT, ESCALIER, ÉTAGE)
COMMUNE
(CODE POSTAL) (BUREAU DISTRIBUTEUR A INDIQUER S'IL EST DIFFÉRENT DE LA COMMUNE DE RÉSIDENCE)

RÉPONSE I.N.S.E.E.

Numéro national d'identité + clé de contrôle
SN
JN
1^{re} Immatriculation pour

Observations

(1) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte. Exemple : pour répondre OUI, OU NON
La loi 78.17 du 6 janvier 1978 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 pour les données vous concernant auprès de votre organisme de sécurité sociale

CADRE RÉSERVÉ A LA C.P.A.M.	C.P.A.M.	N° DE DOCUMENT	1 0 0	C.R.A.M.
	RÉGIME	EFFET D'IMMATRICULATION		
C.P.A.M. AFFILIATION	C.P.A.M. PREST.	CENTRE PAIE ^T		

DÉCLARANT (1) <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle	
NOM (EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) - (POUR LES FEMMES, INDIQUER SUR CETTE LIGNE LE NOM DE JEUNE FILLE)	
PRÉNOMS (DANS L'ORDRE DE L'ÉTAT CIVIL)	
ÉPOUSE DE (EN CAPITALES D'IMPRIMERIE)	
SEXE (1) <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Nationalité Française <input type="checkbox"/> EEE <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
DATE DE NAISSANCE JOUR MOIS AN LIEU DE NAISSANCE (POUR PARIS ET LYON INDIQUER L'ARRONDISSEMENT)	N° DÉPART N° COMMUNE
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NÉE HORS DE FRANCE MÉTROPOLITAINE, QU'IL S'AGISSE DE PERSONNE DE NATIONALITÉ FRANÇAISE OU ÉTRANGÈRE (voir notice "formalités")	
<input checked="" type="checkbox"/> demandeur né hors de France métropolitaine pays de naissance commune nom de naissance du père premier prénom nom de naissance de la mère premier prénom	
<input checked="" type="checkbox"/> demandeur ressortissant de l'EEE (cf. notice) préciser le cas échéant son n° d'immatriculation dans son pays de nationalité	
<input checked="" type="checkbox"/> demandeur ressortissant d'un pays hors de l'EEE (cf. notice) <input type="checkbox"/> certificat de résidence* <input type="checkbox"/> carte de séjour* <input type="checkbox"/> récépissé de demande de renouvellement* <input type="checkbox"/> autres, andorran, monégasque* * indiquer pour ces documents, le numéro : et la date de fin de validité	
ADRESSE PRÉCISE	N° VOIE (NATURE ET NOM DE LA VOIE)
 (COMPLÉMENT D'ADRESSE : VILLA, LIEUDIT, LOTISSEMENT, CITÉ, RÉSIDENCE, BATIMENT, ESCALIER, ÉTAGE)
	COMMUNE (CODE POSTAL) (BUREAU DISTRIBUTEUR A INDIQUER S'IL EST DIFFÉRENT DE LA COMMUNE DE RÉSIDENCE)

RÉCÉPISSÉ DE DEMANDE D'ADMISSION A L'ASSURANCE VOLONTAIRE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Votre demande d'admission à l'assurance volontaire pour les risques
 Accidents du Travail et Maladies Professionnelles a été enregistrée
 le sous le Numéro

Nous vous ferons connaître ultérieurement notre décision.

Cachet de la Caisse

(1) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte. Exemple : pour répondre OUI, OUI NON

La loi 78.17 du 6 janvier 1978 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 pour les données vous concernant auprès de votre organisme de sécurité sociale



N° 11227*02

SÉCURITÉ SOCIALE

DEMANDE D'ADMISSION A L'ASSURANCE VOLONTAIRE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES (Article L 743-1 et articles R 743-1 à 5 du Code de la Sécurité Sociale)

VOLET

4

C.P.A.M.

CADRE RÉSERVÉ A LA C.P.A.M. C.P.A.M. N° DE DOCUMENT 1010 C.R.A.M. RÉGIME EFFET D'IMMATRICULATION C.P.A.M. AFFILIATION C.P.A.M. PREST. CENTRE PAIE

DÉCLARANT

(1) Monsieur Madame Mademoiselle

NOM (EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) - (POUR LES FEMMES, INDIQUER SUR CETTE LIGNE LE NOM DE JEUNE FILLE)

PRÉNOMS (DANS L'ORDRE DE L'ÉTAT CIVIL)

ÉPOUSE DE (EN CAPITALES D'IMPRIMERIE)

SEXE (1) Masculin Féminin Nationalité Française EEE Autre RÉSERVE C.P.A.M.

DATE DE NAISSANCE (JOUR MOIS AN) LIEU DE NAISSANCE (POUR PARIS ET LYON INDIQUER L'ARRONDISSEMENT) N° DÉPART N° COMMUNE

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NÉE HORS DE FRANCE

MÉTROPOLITAINE, QU'IL S'AGISSE DE PERSONNE DE NATIONALITÉ FRANÇAISE OU ÉTRANGÈRE (voir notice "formalités")

demandeur né hors de France métropolitaine pays de naissance commune nom de naissance du père premier prénom nom de naissance de la mère premier prénom demandeur ressortissant de l'EEE (cf. notice) préciser le cas échéant son n° d'immatriculation dans son pays de nationalité demandeur ressortissant d'un pays hors de l'EEE (cf. notice) certificat de résidence* carte de séjour* récépissé de demande de renouvellement* autres, andorran, monégasque* * indiquer pour ces documents, le numéro : et la date de fin de validité

ADRESSE PRÉCISE N° VOIE (NATURE ET NOM DE LA VOIE) COMMUNE (CODE POSTAL) (BUREAU DISTRIBUTEUR A INDIQUER S'IL EST DIFFÉRENT DE LA COMMUNE DE RÉSIDENCE)

Le déclarant a-t-il déjà été immatriculé aux Assurances Sociales ? (1) OUI NON

Si OUI, sous quel numéro d'identification

Profession

N° d'inscription au registre (1) du commerce des métiers

CONDITIONS DANS LESQUELLES LE TRAVAIL EST EXERCÉ

(Le déclarant mentionnera les circonstances de nature à renseigner exactement la Caisse sur son activité professionnelle : travail à domicile, à façon pour une clientèle privée, emploi de moteurs mécaniques, utilisation ou non pour l'exercice de la profession d'un moyen de locomotion : lequel ? collaborateurs, salariés ou non, etc.).

Salaires annuel devant servir de base au calcul de la cotisation et éventuellement des rentes : Ce salaire ne peut être inférieur, ni supérieur à un montant fixé légalement (voir notice - art. R 743-2)

€

Signature,

Certifié exact à le

(1) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte. Exemple : pour répondre OUI, X OU X NON

La loi 78.17 du 6 janvier 1978 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 pour les données vous concernant auprès de votre organisme de sécurité sociale