



n° 11421\*01

**couverture maladie universelle - protection complémentaire  
choix, par le demandeur, de l'organisme chargé  
de la protection complémentaire en matière de santé**

Articles L 861-4 et 5 du Code de la sécurité sociale

à transmettre  
par la caisse à  
l'organisme choisi  
par le demandeur  
pour la couverture  
complémentaire

J'ai pris connaissance de l'offre faite par la loi de bénéficiaire d'une protection complémentaire en matière de santé dans les conditions décrites dans la notice.

**le demandeur**

nom (de naissance, suivi s'il y a lieu, du nom d'usage)

prénoms

date de naissance

n° de sécurité sociale

code organisme

adresse

code postal

commune

**le conjoint ou le concubin**

nom (de naissance, suivi s'il y a lieu, du nom d'usage)

prénoms

date de naissance

n° de sécurité sociale

code organisme

**les autres personnes âgées de moins de 25 ans à votre charge**

nom et prénom

lien de parenté

date de naissance

n° de sécurité sociale

code organisme si différent  
du demandeur

**le choix de l'organisme chargé de la couverture complémentaire en matière de santé**

• j'ai pris connaissance de la liste des organismes participant à la protection complémentaire de santé prévue par la loi

• je bénéficie déjà d'une protection complémentaire en matière de santé auprès d'un organisme figurant sur cette liste

Nom et adresse de l'organisme complémentaire actuel et de son représentant local :

code postal

commune

• je ne bénéficie pas d'une protection complémentaire en matière de santé ou je bénéficie d'une protection complémentaire auprès d'un organisme ne figurant pas sur la liste. Je choisis la prise en charge par

- une mutuelle, une institution de prévoyance, une société d'assurance (voir la liste)

Nom et adresse de l'organisme complémentaire choisi dans la liste prévue par la loi et de son représentant local :

code postal

commune

- l'Etat, par l'intermédiaire de mon organisme d'assurance maladie

• Les membres de mon foyer relèvent de la même caisse et choisissent le même organisme complémentaire. . . . .

dans la négative, remplissez autant de formulaires d'option que nécessaire

Fait à

signature du demandeur

le

**droits à la protection complémentaire  
en matière de santé à compter du :**  
(à compléter par l'organisme d'assurance maladie)

cachet de l'organisme  
ainsi que les nom et coordonnées de la personne  
ayant aidé le demandeur à compléter le document

cachet de l'organisme d'assurance maladie  
et coordonnées du centre gérant la couverture maladie de base