

|           |   |
|-----------|---|
| Démarche  | : GDB : Demande de prise en charge des frais de santé à titre personnel en cas de maladie ou de maternité |
| 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 doit être utilisé si vous étiez rattaché(e) à un(e) assuré(e) social(e) en tant qu'ayant droit et demandez à devenir assuré(e).

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

**Demande de prise en charge des frais de santé à titre personnel en cas de maladie ou de maternité**  
(Articles L.160-1, L.160-2 et D. 160-1 du Code de la sécurité sociale)

---

Ce formulaire doit être utilisé si vous étiez rattaché(e) à un(e) assuré(e) social(e) en tant qu'ayant droit et demandez à devenir assuré(e). Pour cela, vous devez être âgé(e) d'au moins 16 ans.

Il convient de le compléter ce formulaire pour votre caisse d'assurance maladie accompagné d'un relevé d'identité bancaire (n° IBAN), libellé obligatoirement à vos nom et prénom. (En fin de formulaire)

## Vos coordonnées

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

Indiquez le département de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie

### Votre n° de sécurité sociale

Saisir les 15 chiffres sans espace

Si vous le connaissez

### Votre nom et prénoms

## GDB : Demande de prise en charge des frais de santé à titre personnel en cas de maladie ou de m [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 date de naissance

Format jj/mm/aaaa

### Votre adresse

### Votre n° de téléphone

## Les coordonnées de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous étiez rattaché(e)

### Son n° de sécurité sociale

Saisir les 15 chiffres sans espace  
(Si vous le connaissez)

### Ses nom et prénoms

[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]

### Sa date de naissance

Format jj/mm/aaaa  
(Si vous la connaissez)

### Son adresse

## Attestation sur l'honneur

### Le demandeur atteste sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements fournis dans ce dossier.

Cochez la mention applicable

Oui

Non

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Déposez votre RIB (IBAN)

Tous formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

### Fait à

### Le

Format jj/mm/aaaa

## GDB : Demande de prise en charge des frais de santé à titre personnel en cas de maladie ou de m

**IMPORTANT : si vous avez des enfants mineurs à votre charge et si vous souhaitez qu'ils soient rattachés sur votre compte, veuillez compléter un formulaire S3705**

Le formulaire S3705 est téléchargeable sur les sites [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) et [www.msa.fr](http://www.msa.fr) ou à demander à votre caisse.

---

La loi rend possible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du 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 ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale.

L'organisme d'assurance maladie peut, à tout moment, procéder à des opérations de contrôle en vous demandant les pièces justificatives de votre situation (articles L. 114-10-3 et L. 161-1-4 du Code de la sécurité sociale).

La loi n° 78-17 d 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 pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.