

## Demande d'affiliation au régime général des personnes n'ayant jamais été immatriculées

Afin de permettre votre affiliation au régime général, il convient de compléter ce formulaire et de le retourner à votre organisme d'assurance maladie accompagné des justificatifs demandés au verso.

### ► Identification du demandeur

► **Votre nom** .....

► **Vos prénoms** .....

► **Votre date de naissance** .....

► **Votre lieu de naissance** .....

► **Votre nationalité** française  UE/EEE/Suisse  (1- cf liste au verso) autre

► **Votre adresse** .....

**Code Postal** ..... **Commune** .....

► **Votre courriel** ..... **Votre n° de téléphone** .....

► **J'autorise la caisse d'assurance maladie à utiliser ce courriel** : oui  non

### ► Votre situation

► **Salarié**  ..... **date d'embauche** .....

► **Bénéficiaire d'un contrat de formation ou d'insertion**  depuis le ..... **type de contrat** :  
(par ex. : apprenti, formation professionnelle)

► **Autre situation**  veuillez préciser votre situation :  
.....  
.....

### ► Attestation sur l'honneur à compléter par le demandeur

Le demandeur, identifié ci-dessus, atteste sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements fournis dans ce dossier.

Fait à ..... **signature** .....  
Le ..... **du demandeur** .....

La loi rend passible 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, 441-6 et 441-7 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. 162-1-14 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 pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

Projet SXXXX

mon  
parcours  
d'assuré



INFORMATION

## JE SUIS ASSISTANT(E) DE LANGUE ÉTRANGER(ÈRE)

JE CONSTITUE MON DOSSIER  
D'ASSURANCE MALADIE





# Je suis assistant(e) de langues étrangères

## Je demande mon affiliation au régime général d'Assurance Maladie

Pour bénéficier de mes droits à l'Assurance Maladie (remboursement de soins, prise en charge en cas d'accident de travail...), je constitue mon dossier d'assuré social dès le début de mon activité.

### Je complète l'imprimé

« demande d'affiliation au régime général » sans oublier de le dater et de le signer. J'indique sur l'imprimé l'adresse de mon établissement de rattachement.

### Je réunis les pièces justificatives suivantes :

#### • Ma pièce d'identité :

- pour les ressortissants de l'Union européenne : carte nationale d'identité ou passeport ;
- pour les autres : titre de séjour, visa long séjour accompagné de la page du passeport comportant les mentions relatives à l'identité.

#### • Une pièce d'état civil :

Si votre acte d'état civil est établi dans une des langues suivantes : anglais, allemand, espagnol, italien, portugais, néerlandais, polonais, roumain, suédois, albanais, hongrois, slovaque, tchécoslovaque et turc, votre acte d'état civil est recevable, même non traduit.

Dans les autres cas, l'acte d'état civil doit être impérativement traduit :

- soit par un traducteur ou interprète figurant sur les listes des juridictions françaises (Tribunal de Grande Instance, Cour d'appel, Cour de Cassation française),
- soit par l'ambassade ou le consulat de France dans le pays où l'acte a été dressé,
- soit par l'ambassade ou le consulat en France du pays où l'acte a été dressé.

Aucune autre traduction ne sera acceptée.

#### • Un justificatif de statut :

L'arrêté de nomination. Le tampon de la Direccte est uniquement apposé sur les arrêtés de nomination des assistants hors Union Européenne.

#### • Mon relevé d'identité bancaire

(du compte bancaire ouvert en France).

### Pour nous contacter :

- assistants de langues : 0811 36 36 46
- établissements scolaires : 0811 712 726
- sur internet : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

Imprimez et renvoyez les deux dernières pages de ce document complétées et accompagnées des pièces citées ci-dessus.

### Si j'ai déjà un numéro de sécurité sociale en France

Je l'indique ici :

\_\_\_\_\_

Mon établissement envoie le dossier complet à :

**ASSURANCE MALADIE DE PARIS  
SRI/Assistants de langues étrangères  
75948 PARIS CEDEX 19**

Je recevrai un courrier d'information dès que mon dossier sera enregistré.

### À NOTER

Si j'ai déjà ma carte Vitale, je la conserve jusqu'à réception du courrier me confirmant mon enregistrement par la Caisse d'Assurance Maladie de Paris. Je la mets ensuite à jour sur les bornes installées dans les points d'accueil de l'Assurance Maladie, les pharmacies et certains établissements de santé.

### J'indique les coordonnées de mon employeur ci-dessous :

Mon employeur est la personne désignée au sein de mon établissement de rattachement.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Adresse de l'établissement : \_\_\_\_\_

## Aide au remplissage

## de la demande d'affiliation au régime général

**cerfa**  
N° 1155\*00

### Demande d'affiliation au régime général des personnes n'ayant jamais été immatriculées

Afin de permettre votre affiliation au régime général, il convient de compléter ce formulaire et de le retourner à votre organisme d'assurance maladie accompagné des justificatifs demandés au verso.

**Identification du demandeur**

► Votre nom : SMITH  
► Vos prénoms : JAMES  
► Votre date de naissance : 18.08.1990      Votre lieu de naissance : LONDRES  
► Votre nationalité : française  UE/EEE/Suisse  (si de l'un ou l'autre) autre   
► Votre adresse : 2 rue de Paris  
Code Postal : 75.0.00, Commune : PARIS  
► Votre courriel : james.smith@xyz.fr      Votre n° de téléphone : 06 XX XX XX XX  
\* J'autorise la caisse d'assurance maladie à utiliser ce courriel : oui  non

**► Votre situation**

► Salarie       date d'embauche : 01.10.2015  
► Bénéficiaire d'un contrat de formation ou d'insertion  depuis le 00.00.0000 type de contrat : \_\_\_\_\_ (par ex. : apprenti, formation professionnelle)  
► Autre situation  veuillez préciser votre situation : \_\_\_\_\_

**► Attestation sur l'honneur à compléter par le demandeur**

Le demandeur, identifié ci-dessus, atteste sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements fournis dans ce dossier.

Fait à Paris le 08.10.2015      signature de demandeur : J. Smith

Le présent formulaire est un acte d'engagement qui ne rend pas applicable le droit de l'Union européenne en matière de sécurité sociale. En outre, l'immatriculation, 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 sociales, peuvent être regardés comme une fraude à l'application de l'article L. 162-114 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 pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

Projet SXXXX

Je coche « oui » si j'accepte que ma caisse m'envoie les informations par mail.

J'indique le nom de mon établissement de rattachement.

J'indique la date de début de mon contrat.

Je date et signe le formulaire.