

Demande de prise en charge des frais de santé à titre personnel

Ce formulaire doit être utilisé si vous étiez rattaché(e) à un(e) assuré(e) social(e) en tant qu'ayant droit et demandez

Votre n° de sécurité sociale

Vos 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)

Votre date de naissance

Votre adresse

Code Postal

Commune

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

Son n° de sécurité sociale

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) accompagné d'un relevé d'identité bancaire (n° IBAN), libellé à vos nom et prénom.

Son adresse

Code Postal

Commune

► Attestation sur l'honneur

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

Fait à

Signature du demandeur