

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

(articles L. 743-1, R. 743-1 à 3 et R. 743-9 à 10 du Code de la sécurité sociale)

Ce formulaire permet au chef d'entreprise artisanale, commerciale ou libérale ou, depuis le 1^{er} janvier 2015, à tout conjoint collaborateur, de souscrire une assurance volontaire et individuelle contre le risque « accidents du travail et maladies professionnelles » moyennant le paiement d'une cotisation.

Cette démarche est individuelle : le conjoint collaborateur doit, pour être couvert, remplir sa propre demande d'assurance volontaire.

Formalités à la charge du demandeur

1 – Le formulaire permet de recueillir les éléments nécessaires au calcul de la cotisation : taux et base de calcul

- *Pour le taux* : le demandeur, chef d'entreprise ou conjoint collaborateur décrit avec précision la nature de son activité professionnelle. Le taux de cotisation de l'assurance volontaire est égal à 80% du taux de cotisation d'accident du travail/maladie professionnelle habituel fixé pour le même type d'activité. Le conjoint collaborateur peut donc être rattaché à une activité professionnelle différente de celle du chef d'entreprise.

- *Pour la base de calcul* :

- le demandeur chef d'entreprise choisit et déclare le montant de l'équivalent du « salaire annuel » qui servira de base d'une part, au calcul de ses cotisations d'assurance volontaire et d'autre part, au calcul des prestations en espèces (rente ou capital) qui lui seront dues en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle. Cependant, cette base de calcul doit être comprise entre le minimum du salaire de calcul des rentes (1^{er} alinéa de l'article L. 434-16 du Code de la sécurité sociale), soit 18 263,54 € au 1^{er} avril 2015 et un maximum égal au plafond annuel moyen des cotisations de sécurité sociale, soit 38 040 € au 1^{er} janvier 2015. Lorsque le demandeur chef d'entreprise bénéficie déjà de l'assurance volontaire pour les risques invalidité et vieillesse, la cotisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles est calculée sur la même base que celle prise en compte pour l'assurance invalidité et vieillesse.

- pour un conjoint collaborateur, l'assiette servant de base au calcul des cotisations et des prestations est forfaitaire et correspond au salaire minimum des rentes soit 18 263,54 € au 1^{er} avril 2015; son montant sera complété par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

Le demandeur adresse ce formulaire à la CPAM de son lieu de résidence habituelle qui lui notifie la décision d'affiliation ainsi que les montants et dates de paiement des cotisations.

2 – Les cotisations

Chaque demandeur s'acquitte individuellement de ses cotisations qui sont trimestrielles et payables d'avance, dans les quinze premiers jours du mois précédant le trimestre civil d'assurance, à l'exception du premier versement qui intervient dès la notification de la décision d'affiliation de la CPAM.

3 – Droits aux prestations

Ils s'ouvrent à compter du 1^{er} jour du mois qui suit la décision d'affiliation de la CPAM et jusqu'au dernier jour du trimestre civil en cours, sous réserve de l'acquittement des cotisations.

Sous réserve d'obtenir la reconnaissance par la caisse d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, l'assuré volontaire bénéficie pour lui-même des prestations suivantes :

Prestations en nature :

- frais de médecine générale et spécialisée,
- frais d'hospitalisation et de chirurgie,
- frais pharmaceutiques,
- frais d'appareillage,
- frais de réadaptation fonctionnelle, de rééducation professionnelle,
- frais funéraires

Prestations en espèces :

Lorsque l'assuré volontaire est atteint d'une incapacité permanente partielle (IPP) :

- d'une indemnité en capital si l'IPP est inférieure à 10%,
- d'une rente si l'IPP est égale ou supérieure à 10%.

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

IMPORTANT :

Cette assurance ne donne pas droit aux indemnités journalières.

N°11227*03

**DEMANDE D'ADMISSION A L'ASSURANCE VOLONTAIRE INDIVIDUELLE
ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES**
(articles L. 743-1, R. 743-1 à 3 et R. 743-9 à 10 du Code de la sécurité sociale)

Date de réception par l'organisme

ADRESSEZ LES TROIS PREMIERS VOLETS A LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE VOTRE LIEU DE RESIDENCE

LE DEMANDEUR**Vos nom(s) et Prénom(s)**

(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 n° de sécurité sociale si vous en possédez un

(n° figurant sur votre carte Vitale)

Si vous n'en possédez pas, cochez cette case ☐**Date de naissance****Sexe :** Féminin ☐Masculin ☐**Lieu de naissance :**

- si vous êtes né en France :

Commune de naissance :

N° département :

- si vous êtes né hors de France :

Pays de naissance :

Nationalité :Française ☐UE/EEE*/Suisse ☐Autre ☐**Adresse****Code postal****Commune :****Téléphone :****Adresse courriel :****RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES****Votre situation professionnelle actuelle :**- votre statut : chef d'entreprise artisanale, commerciale ou libérale ☐ou conjoint collaborateur ☐

- votre profession :

Si vous êtes chef d'entreprise artisanale ou commerciale, indiquez votre numéro d'inscription :

- au registre des métiers

ou au registre du commerce

Conditions dans lesquelles le travail est exercé :

(le demandeur décrit précisément la nature exacte de l'activité professionnelle qu'il exerce à titre principal : secteur de l'artisanat, travail administratif, travail de recherche, comptabilité® utilisation d'un moyen de locomotion, etc)

Base de calcul de la cotisation et, le cas échéant, des prestations en espèces (rente ou capital) en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle :

- montant du "salaire annuel" à compléter par le demandeur qui a le statut de chef d'entreprise (voir la notice)

- base forfaitaire à compléter par la CPAM si le demandeur est conjoint collaborateur (voir la notice)

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette déclaration **.

Fait à

Le

Signature du demandeur

* Les pays de l'UE/EEE sont les suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Royaume Uni, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède.

** La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 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 le versement de prestations indues, peut 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 auprès de votre organisme pour les données vous concernant.

N°11227*03

DEMANDE D'ADMISSION A L'ASSURANCE VOLONTAIRE INDIVIDUELLE
ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES
(articles L. 743-1, R. 743-1 à 3 et R. 743-9 à 10 du Code de la sécurité sociale)

ADRESSEZ LES TROIS PREMIERS VOLETS A LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE VOTRE LIEU DE RESIDENCE
 (A adresser " la CARSAT ou " la CRAMIF par la Caisse primaire d'assurance maladie)

Date de réception par l'organisme

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LE DEMANDEUR

Vos nom(s) et Prénom(s)

(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 n° de sécurité sociale si vous en possédez un

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(n° figurant sur votre carte Vitale)

Si vous n'en possédez pas, cochez cette case ☐

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexe : Féminin ☐Masculin ☐

Lieu de naissance :

- si vous êtes né en France :

Commune de naissance :

N° département :

- si vous êtes né hors de France :

Pays de naissance :

Nationalité :

Française ☐UE/EEE*/Suisse ☐Autre ☐

Adresse

Code postal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Commune :

Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse courriel :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Votre situation professionnelle actuelle :

- votre statut : chef d'entreprise artisanale, commerciale ou libérale ☐ou conjoint collaborateur ☐

- votre profession :

Si vous êtes chef d'entreprise artisanale ou commerciale, indiquez votre numéro d'inscription :

- au registre des métiers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ou au registre du commerce

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Conditions dans lesquelles le travail est exercé :

(le demandeur décrit précisément la nature exacte de l'activité professionnelle qu'il exerce à titre principal : secteur de l'artisanat, travail administratif, travail de recherche, comptabilité® utilisation d'un moyen de locomotion, etc)

Base de calcul de la cotisation et, le cas échéant, des prestations en espèces (rente ou capital) en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle :

- montant du "salaire annuel" à compléter par le demandeur qui a le statut de chef d'entreprise (voir la notice)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- base forfaitaire à compléter par la CPAM si le demandeur est conjoint collaborateur (voir la notice)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette déclaration **.

Fait à

Le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature du demandeur

* Les pays de l'UE/EEE sont les suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Royaume Uni, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède.

** La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 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 le versement de prestations indues, peut 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 auprès de votre organisme pour les données vous concernant.

N°11227*03

DEMANDE D'ADMISSION A L'ASSURANCE VOLONTAIRE INDIVIDUELLE
ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES
(articles L. 743-1, R. 743-1 à 3 et R. 743-9 à 10 du Code de la sécurité sociale)

ADRESSEZ LES TROIS PREMIERS VOLETS A LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE VOTRE LIEU DE RESIDENCE

Date de réception par l'organisme

LE DEMANDEUR

Vos nom(s) et Prénom(s)
(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 n° de sécurité sociale si vous en possédez un (n° figurant sur votre carte Vitale)

Si vous n'en possédez pas, cochez cette case ☐

Date de naissance **Sexe :** Féminin ☐ Masculin ☐

Lieu de naissance :

- si vous êtes né en France : Commune de naissance : N° département :

- si vous êtes né hors de France : Pays de naissance :

Nationalité: Française ☐ UE/EEE*/Suisse ☐ Autre ☐

Adresse

Code postal **Commune :**

Téléphone : **Adresse courriel :**

RECEPISSE DE DEMANDE D'ADMISSION A L'ASSURANCE VOLONTAIRE AT/MP

A RETOURNER AU DEMANDEUR PAR LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE

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.

Fait à Le

Identification de l'organisme

* Les pays de l'UE/EEE sont les suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Royaume Uni, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède.

La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'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 le versement de prestations indues, peut 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 auprès de votre organisme pour les données vous concernant.

N°11227*03

**DEMANDE D'ADMISSION A L'ASSURANCE VOLONTAIRE INDIVIDUELLE
ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES**
(articles L. 743-1, R. 743-1 à 3 et R. 743-9 à 10 du Code de la sécurité sociale)

Date de réception par l'organisme

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LE DEMANDEUR

Vos nom(s) et Prénom(s)

(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 n° de sécurité sociale si vous en possédez un

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(n° figurant sur votre carte Vitale)

Si vous n'en possédez pas, cochez cette case ☐

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexe : Féminin ☐

Masculin ☐

Lieu de naissance :

- si vous êtes né en France :

Commune de naissance :

N° département :

- si vous êtes né hors de France :

Pays de naissance :

Nationalité :

Française ☐

UE/EEE*/Suisse ☐

Autre ☐

Adresse

Code postal

--	--	--	--	--	--

Commune :

Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse courriel :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Votre situation professionnelle actuelle :

- votre statut : chef d'entreprise artisanale, commerciale ou libérale ☐

ou conjoint collaborateur ☐

- votre profession :

Si vous êtes chef d'entreprise artisanale ou commerciale, indiquez votre numéro d'inscription :

- au registre des métiers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ou au registre du commerce

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Conditions dans lesquelles le travail est exercé :

(le demandeur décrit précisément la nature exacte de l'activité professionnelle qu'il exerce à titre principal : secteur de l'artisanat, travail administratif, travail de recherche, comptabilité® utilisation d'un moyen de locomotion, etc)

Base de calcul de la cotisation et, le cas échéant, des prestations en espèces (rente ou capital) en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle :

- montant du "salaire annuel" à compléter par le demandeur qui a le statut de chef d'entreprise (voir la notice)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- base forfaitaire à compléter par la CPAM si le demandeur est conjoint collaborateur (voir la notice)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette déclaration **.

Fait à

Le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature du demandeur

* Les pays de l'UE/EEE sont les suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Royaume Uni, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède.

** La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 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 le versement de prestations indues, peut 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 auprès de votre organisme pour les données vous concernant.