

Attestation de droit à l'aide pour une complémentaire santé

(art. L. 863-3 du Code de la sécurité sociale et arrêté du 23/12/04)

PARTIE A COMPLETER PAR LA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

Attestation valable du au

Identification du demandeur

Nom et prénoms (suivis s'il y a lieu du nom d'époux(se)) : _____
 Date de naissance : _____ N° d'immatriculation : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____

Identification des bénéficiaires de la déduction

Nom et prénoms	N° d'immatriculation	Date de naissance	Montant de la déduction
		 € ①
		 € ②
		 € ③
		 € ④
		 € ⑤
		 € ⑥

Montant total des déductions ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ €

Cette attestation permet aux bénéficiaires ci-dessus d'obtenir une déduction sur le montant de la cotisation ou prime de protection complémentaire santé.

Attention : pour bénéficier de cette déduction, vous devez remettre l'original de cette attestation à votre organisme de protection complémentaire, au plus tard le
 Vous bénéficierez de cette déduction pendant un an. Le demandeur devra déposer une demande de renouvellement entre 2 et 4 mois avant l'expiration de cette période. Renseignez-vous auprès de votre organisme de protection complémentaire.

Cachet de la caisse d'assurance maladie qui délivre l'attestation	Date de la décision et signature de la personne représentant cet organisme Date : _____ Signature : _____
---	---

PARTIE A COMPLETER PAR L'ORGANISME DE PROTECTION COMPLEMENTAIRE

Nom ou raison sociale de l'organisme de protection complémentaire : _____
 N° SIREN : _____
 Adresse du siège social ou adresse de son représentant en France si l'organisme n'est pas établi en France (art. L. 862-7b du Code S.S.) : _____
 N° de contrat, adhésion ou souscription : _____

Période de validité du droit : date de début _____ date de fin _____

Nom et prénom de la (des) personne(s) couverte(s) par ce contrat parmi les bénéficiaires identifiés ci-dessus

Montant de la prime ou cotisation sur une base annuelle avant déduction€ Montant annuel du crédit d'impôt€

Cachet de l'organisme de protection complémentaire	Date de la décision et signature de la personne représentant cet organisme Date : _____ Signature : _____
--	---

S 3714 a

NE PAS DÉCOUPER. CECI N'EST PAS UN CHÈQUE BANCAIRE



AIDE POUR UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Chèque à valoir sur votre cotisation annuelle
auprès d'une complémentaire santé

Profitez d'une réduction sur le montant de votre cotisation annuelle. Cette réduction est échelonnée si vous payez en plusieurs fois.

Pour en bénéficier, c'est simple :

- > Si vous bénéficiez déjà d'une complémentaire santé : remettez-lui la présente attestation dans les six mois.
- > Si vous souhaitez souscrire une complémentaire santé : vous avez six mois pour remettre cette attestation à l'organisme que vous aurez choisi.

À _____
 Chèque émis par :



À utiliser du : _____ au _____
 Fait à _____ le _____

Téléphone :

