CAFAT
Votre vie, c'est notre quotidien
Assurance Maladie
4 rue du général Mangin
BP L5 - 98849 Nouméa cedex
Tél. : 25 58 10
Fax. : 25 58 39
maladie@cafat.nc
www.cafat.nc
Ridet 112 615-001

Demande d'admission à l'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ des élèves et étudiants de Nouvelle-Calédonie

L'étudiant déjà couvert par la CAFAT en qualité d'enfant, de conjoint, partenaire de PACS ou concubin à charge d'un assuré, n'a pas obligation de souscrire la présente assurance.

DOCUMENTS A FOURNIR

- Une photocopie de votre pièce d'identité, si vous êtes célibataire et sans enfant ;
- Un certificat de scolarité (ou une photocopie) ;
- L'imprimé d'inscription des bénéficiaires, si vous avez des personnes à charge (conjoint, concubin, enfant(s), ascendant(s)), ainsi que les documents justificatifs correspondants.

Nom _____ Nom marital _____

Prénoms _____ N°assuré CAFAT ☐☐☐☐☐☐

Date de naissance __ __ (jour) __ __ (mois) __ __ __ __ (année)

Adresse : *bâtiment, immeuble, résidence* _____

rue, avenue _____ *boîte postale* _____

code postal _____ *commune* _____

Téléphone : domicile _____ mobile _____ E-mail _____

Bénéficiez-vous déjà d'une autre couverture sociale ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, laquelle ? _____

Bénéficiez-vous de l'Aide Médicale ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, produire l'attestation de garantie de prise en charge par la Province des cotisations CAFAT.

Bénéficiez-vous d'une bourse d'enseignement supérieur ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, produire l'attestation de bourse et l'attestation de garantie de prise en charge par la Province des cotisations CAFAT.

Nom de l'établissement d'enseignement _____

Date d'entrée dans l'établissement __ __ (jour) __ __ (mois) __ __ __ __ (année)

Si vous devez interrompre votre scolarité en Nouvelle-Calédonie, afin de poursuivre vos études hors de Nouvelle-Calédonie, veuillez indiquer la date (même approximative) de rentrée dans l'établisssement hors territoire __ __ (jour) __ __ (mois) __ __ __ __ (année)

Fait le __ __ (jour) __ __ (mois) __ __ __ __ (année)

signature de l'assuré

cadre réservé au Guichet Unique

Nombre de trimestre de cotisation : _____

Visa de l'Agent

cadre réservé à la Branche Recouvrement

Montant de la cotisation _____ f.cfp

Payé le _____

Visa de l'Agent

En renseignant ci-dessus vos coordonnées, vous recevrez des supports d'information diffusés par la CAFAT en conformité avec sa mission de service public.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Elles sont destinées à la gestion de votre dossier et à celle de nos fichiers assurés et cotisants. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression de ces données (Loi du 06.01.1978) auprès de la Direction de la CAFAT.

Article Lp 22-7 de la loi du pays modifiée n°2001-016 du 11.01.2002 : « Est passible d'une amende de 500.000 F.cfp quiconque se rend coupable de manoeuvres frauduleuses ou de fausses déclarations pour obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant.»

Assurance Maladie - Cellule Communication - 04.2021