



RISQUE ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE :

PENSEZ A L'ASSURANCE VOLONTAIRE

Le saviez-vous ?

En tant que professionnel de santé libéral ou si vous n'êtes pas couvert contre le risque accident du travail et maladie professionnelle, vous pouvez souscrire à **une assurance volontaire auprès de la Caisse primaire d'Assurance maladie de votre résidence habituelle.**

Grâce à cette assurance vous êtes couvert **pour tout accident** qui surviendrait à l'occasion de votre travail, quels qu'en soient la cause et le lieu. La garantie s'étend aux **accidents de trajet et aux maladies professionnelles.**

Pour en bénéficier, vous devez faire **personnellement la demande d'adhésion** à l'assurance volontaire.

Quelle est la couverture proposée ?

L'assurance volontaire couvre les frais médicaux, d'hospitalisation, pharmaceutiques, d'appareillage, de réadaptation fonctionnelle et les frais funéraires.

Attention : le versement des indemnités journalières n'est pas prévu dans le cadre de cette assurance.

Vous avez droit également à **une indemnité en capital ou à une rente** en cas d'incapacité permanente.

Lorsque l'accident du travail ou la maladie professionnelle entraîne le décès de l'assuré, une rente de conjoint survivant, d'orphelin ou d'ascendant, pourra être versée à ses ayants droit ou à ses ascendants à charge.

La prise en charge des **maladies professionnelles** est également garantie.

Comment souscrire cette assurance ?

Complétez l'imprimé référencé **S 6101d** (téléchargeable sur www.ameli.fr ou disponible dans nos [points d'accueils](#)).

S'il s'agit d'une première immatriculation : joignez la photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité ou passeport).

Retournez l'ensemble des documents à l'adresse suivante :

**Cpam de la Gironde
33085 BORDEAUX Cedex**

Comment est calculée ma cotisation ?

Vous devez déclarer le revenu annuel de l'année N-1. Il sert de base aux calculs de la cotisation.

2 Exemples :

- Mon revenu est supérieur à 38 040 euros, la base de calcul de ma cotisation se fera sur 38040 euros et je dépendrai donc de la 1^{ère} catégorie.
- Si mon revenu est inférieur à 18263,54 euros, la base de calcul de ma cotisation se fera sur 18263,54 euros et je dépendrai donc de la 3^{ème} catégorie.

Barème	1 ^{ère} catégorie	2 ^{ème} catégorie	3 ^{ème} catégorie
2016	38 616	28 962	18 263.54

Combien vais-je payer ?

Le calcul de la cotisation se fera d'après votre déclaration. Le taux applicable sera celui déterminé par la CARSAT, en fonction de ma catégorie professionnelle.

Exemple de calcul 2015 :

Le revenu annuel déclaré est de 34 000 euros. Vous dépendez donc de la 2^{ème} catégorie avec comme base de calcul 28 530. La CARSAT nous indique un taux de cotisation à 2 %. La cotisation sera donc de 570,60 euros pour l'année soit 142,65 euros par trimestre.

Ces cotisations sont trimestrielles et payables d'avance dans les quinze premiers jours précédant le trimestre civil d'assurance.

Comment remplir mon formulaire d'adhésion ?

cerfa
N°11227*03

SECURITE SOCIALE
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

N'oubliez pas de dater et de signer

Mon identité

Mon numéro de sécurité sociale

Mon adresse

Ma profession

Je détaille mon activité et si utilisation d'un véhicule ainsi que mon REVENU annuel réel ou le choix d'un montant correspondant à une catégorie (cf. tableau précédent)

Besoin d'informations ?

36 46 (prix d'un appel local depuis un poste fixe)
ameli.fr ou urssaf.fr