



DECL-  
OPT 2

**Déclaration d'option pour le régime complémentaire d'assurance maladie et maternité des Industries Électriques et Gazières du personnel de la Caisse centrale d'activités sociales à la retraite**

*Ce document est à retourner à la CCAS, qui le transmettra à la Camieg. La déclaration d'option doit impérativement être adressée à la Camieg dans les 90 jours suivants la date à laquelle la personne se trouve placée dans la situation.*

Je soussigné(e), Madame  Monsieur .

<b>Nom de naissance :</b> <i>(suivi s'il y a lieu du nom d'usage)</i>		<b>Prénom(s) :</b>	
<b>Numéro d'immatriculation :</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
<b>Adresse :</b>	<b>N° :</b>	<b>Voie :</b>	
	<b>Code postal :</b>	<b>Ville :</b>	
<b>Téléphone (facultatif) :</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
<b>Email (facultatif) :</b>			

atteste être dans la situation suivante :

- Retraite d'un personnel conventionné
- Retraite d'un médecin praticien de la CCAS ayant eu pendant au moins 15 ans la qualité d'ouvrant droit (joindre un justificatif de l'employeur)
- Veuf(ve) d'un personnel conventionné ou médecin praticien ayant droit de ce dernier au régime complémentaire au moment de son décès

Numéro de sécurité sociale de l'ouvrant droit décédé

à compter du

**En conséquence, je déclare opter pour le bénéfice du régime complémentaire d'assurance maladie et maternité des Industries Électriques et Gazières.**

Je reconnais par ailleurs avoir été informé(e) que l'exercice de cette option :

- est irrévocable tant que je reste placé(e) dans la situation déclarée ci-dessus ;
- vaut, le cas échéant, autorisation de prélèvement sur mon compte bancaire des cotisations correspondantes à ma situation et au bénéfice de la Camieg, ou le cas échéant, de précompte par la CCAS, des cotisations correspondantes à ma situation et définies par les textes réglementaires en vigueur. Le non versement des cotisations entraîne l'arrêt de la prise en charge des frais de santé au titre du régime complémentaire.

Je certifie que les renseignements communiqués ci-dessus sont exacts.

Fait à

Le

Signature du déclarant

*La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire 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 ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale. L'organisme d'assurance maladie peut, à tout moment, procéder à des opérations de contrôle en vous demandant les pièces justificatives de votre situation (articles L. 114-10-3 et L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale). En application des textes relatifs à la protection des données personnelles et notamment de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, sur demande écrite adressée au délégué à la protection des données, accompagnée d'un justificatif de l'identité du demandeur : par courrier à CAMIEG - Délégué à la protection des données - 92011 Nanterre Cedex ou par courriel à dpo@camieg.org ou via la messagerie du compte Ameli.*

**Pour plus de renseignements, contactez-nous au 08 06 06 93 00 (service gratuit + prix d'appel) ou consultez le site Camieg.fr**