

Demande de Carnet d'Assurance Maladie
Chaque affilié couvert à *titre primaire* par le RCAM a droit à un carnet.

Veillez remplir ce formulaire en lettres majuscules – une demande par personne – et l'envoyer, accompagné d'une photo, à l'adresse de votre Bureau liquidateur. (*)

Nom et prénom de l'affilié (fonctionnaire/agent temporaire):

Date de naissance:

Numéro personnel:

Si agent temporaire, date de fin de contrat:

Adresse administrative: Tél:

Adresse privée (*si pensionné/CCP/etc.*):

..... Tél:

Carnet demandé pour la personne suivante (couverte à titre primaire par le RCAM)
(joindre une photo récente et mentionner au dos de celle-ci: nom, prénom/n° personnel/pension)

Nom et prénom:

Date de naissance:

Lien de parenté avec l'affilié: (conjoint/enfant):

Fait à: le :

Signature de l'affilié:

(*) Bureaux liquidateurs:

Bruxelles (Belgique et autres pays):

Commission européenne

Caisse de Maladie (B-28 03-190)- 200, rue de la Loi - B-1049 Bruxelles

Luxembourg (Grand-Duché de Luxembourg, France, Suisse):

Commission européenne

Caisse de Maladie (WAG C2/10) - Plateau du Kirchberg - L-2920 Luxembourg

Ispra (Italie, Espagne, Grèce, Portugal):

Ufficio Liquidatore

Centro Comune di Ricerca - Stabilimento d'Ispra - I-21020 Ispra (Varese)

Karlsruhe (Allemagne, Autriche, Danemark, Finlande, Suède, Royaume-Uni)

Gemeinsame Forschungsstelle - Europäisches Institut für Transurane

Abrechnungsstelle Krankenkasse - Postfach 2340 - D-76125 Karlsruhe