

Je soussigné(e) :

Nom de famille : Nom d'usage :
Prénom : Né(e) le :

Votre numéro d'adhérent MSA (présent sur votre carte vitale) :

donne mandat pour l'utilisation des services en ligne, conformément aux articles 1984 à 2010 du Code Civil, à :

Nom, prénom ou raison sociale (entreprise):
Adresse :
Adresse mail :@..... Identifiant (choisi ou déjà utilisé) :

L'identifiant correspond au N° SIRET du mandataire, au numéro de sécurité sociale du mandataire si adhérent MSA ou à 6 caractères libres si non adhérent MSA (en lettres minuscules et/ou chiffres, les lettres majuscules, accentuées et les caractères de ponctuation ne sont pas admis).

L'ensemble des services du bouquet « particulier »

Ou veuillez cocher uniquement les services en ligne pour lesquels vous donnez mandat

Santé

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Attestation de droits maladie | <input type="checkbox"/> Attestation médecin traitant |
| <input type="checkbox"/> COVID : isolement et arrêt de travail | <input type="checkbox"/> COVID : lister mes cas contacts |
| <input type="checkbox"/> COVID : demander un arrêt de travail si test positif | <input type="checkbox"/> COVID : déclarer une maladie professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Demander la complémentaire santé solidaire | <input type="checkbox"/> Ma carte vitale |
| <input type="checkbox"/> Demander ma carte européenne d'assurance maladie | |
| <input type="checkbox"/> Participations forfaitaires et franchises | <input type="checkbox"/> Relevé annuel de prestations santé (RAPS) |

Famille

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Attestation de droits RSA | <input type="checkbox"/> Demande de RSA |
| <input type="checkbox"/> Déclaration de patrimoine | <input type="checkbox"/> Déclarer un changement de situation |
| <input type="checkbox"/> Déclaration de situation des 16 à 18 ans pour l'allocation de rentrée scolaire (ARS) | |
| <input type="checkbox"/> Déclarer mes ressources complémentaires | |
| <input type="checkbox"/> Déclarer mes ressources pour les prestations familiales | |
| <input type="checkbox"/> Déclarer mes ressources trimestrielles pour l'aide au logement | |
| <input type="checkbox"/> Déclarer mes ressources trimestrielles pour l'AAH | |
| <input type="checkbox"/> Déclarer mes ressources trimestrielles pour le RSA | |
| <input type="checkbox"/> Demande d'allocation de soutien familiale, aide au recouvrement | |
| <input type="checkbox"/> Demander le complément de libre choix de mode de garde de la PAJE | |
| <input type="checkbox"/> Demander une aide au logement | |
| <input type="checkbox"/> Mon Quotient Familial | |
| <input type="checkbox"/> Mes Infos famille et ressources pour la Prestation de Service Unique (PSU) | |
| <input type="checkbox"/> Notification de ressources pour les prestations familiales | |
| <input type="checkbox"/> Prime d'activité : demande et déclaration trimestrielle | |

Retraite

- Information sur ma retraite

Paiements

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Attestation de paiement et non-paiement | <input type="checkbox"/> Paiements et décomptes santé |
| <input type="checkbox"/> Paiements action sanitaire et sociale | <input type="checkbox"/> Paiements invalidité |
| <input type="checkbox"/> Paiements prestation famille/logement | <input type="checkbox"/> Paiements retraite |

Autres

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Attestation fiscale | <input type="checkbox"/> Demander une pension d'invalidité |
| <input type="checkbox"/> Demander à corriger mon erreur | <input type="checkbox"/> Demander un RDV |
| <input type="checkbox"/> Envoyer un document | <input type="checkbox"/> Envoyer un message (Ma messagerie) |
| <input type="checkbox"/> Suivre mes demandes | |

(V2.9)

J'atteste avoir pris connaissance des conditions d'exercice du mandat.

Je joins également la photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (la pièce d'identité doit correspondre à la personne qui donne procuration).

À

Signature de l'assuré(e)

Le

Signature du mandataire

Procuration : La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L. 377-1 du code de la sécurité sociale, 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal)