

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, conformément aux articles 1984 à 2010 du Code Civil, à :

Nom, prénom OU raison sociale :
Adresse :
Adresse mail :@..... Identifiant (choisi ou déjà utilisé) :
<i>L'identifiant correspond au N° SIRET du mandataire, au numéro de sécurité sociale du mandataire ou à 6 caractères libres (en lettres minuscules et/ou chiffres, les lettres majuscules, accentuées et les caractères de ponctuation ne sont pas admis).</i>

pour :

Veillez cocher la case ci-dessous si vous souhaitez donner mandat pour la totalité des services sécurisés	
<input type="checkbox"/> Tous les services du bouquet particulier	
Ou veuillez cocher uniquement les services sécurisés pour lesquels vous donnez mandat	
<input type="checkbox"/> Attestation de droits maladie	<input type="checkbox"/> Effectuer ma demande unique de retraite
<input type="checkbox"/> Attestation de droits RSA	<input type="checkbox"/> Estimer ma retraite (pour les plus de 54 ans)
<input type="checkbox"/> Attestation de paiement et de non paiement	<input type="checkbox"/> Informations sur la retraite
<input type="checkbox"/> Attestation fiscale	<input type="checkbox"/> Ma carte vitale (perte ou vol)
<input type="checkbox"/> Attestation médecin traitant	<input type="checkbox"/> Mes derniers documents
<input type="checkbox"/> Déclaration de patrimoine	<input type="checkbox"/> Mes infos famille et ressources pour la Prestation de Service Unique (PSU)
<input type="checkbox"/> Déclaration de situation des 16 à 18 ans pour l'allocation de rentrée scolaire (ARS)	<input type="checkbox"/> Mes messages et mes réponses
<input type="checkbox"/> Demande de RSA	<input type="checkbox"/> Mon relevé de situation individuelle retraite
<input type="checkbox"/> Demander le complément de libre choix de mode de garde de la PAJE	<input type="checkbox"/> Notification de ressources pour les prestations familiales
<input type="checkbox"/> Demander ma carte européenne d'assurance maladie	<input type="checkbox"/> Paiements action sanitaire et sociale (consulter)
<input type="checkbox"/> Demander une aide au logement	<input type="checkbox"/> Paiements et décomptes santé (consulter)
<input type="checkbox"/> Demander une aide à une complémentaire santé	<input type="checkbox"/> Paiements invalidité (consulter)
<input type="checkbox"/> Demander une pension d'invalidité	<input type="checkbox"/> Paiements prestation famille/logement (consulter)
<input type="checkbox"/> Déclarer mes ressources pour les prestations familiales et logement	<input type="checkbox"/> Paiements retraite (consulter)
<input type="checkbox"/> Déclarer mes ressources trimestrielles pour le RSA	<input type="checkbox"/> Participations forfaitaires et franchises (consulter)
<input type="checkbox"/> Déclarer mes ressources trimestrielles pour l'AAH	<input type="checkbox"/> Prime d'activité : demande et déclaration trimestrielle
<input type="checkbox"/> Déclarer un changement de situation	<input type="checkbox"/> Relevé Annuel de Prestations Santé (RAPS)
<input type="checkbox"/> Déposer des documents	<input type="checkbox"/> Suivi de mes demandes de prestations

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

Le

Signature du mandataire

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).