



**DEMANDE D'AIDE A LA  
COMPLEMENTAIRE SANTE  
SOLIDAIRE AVEC PARTICIPATION  
FINANCIERE  
ESSS08439  
~ Année 2026 ~**

Vous pouvez bénéficier d'une financière de 30 € pour vous mais aussi pour chacun de vos ayants-droit bénéficiaire de la CSS avec participation financière.

Cette aide complémentaire, prise en charge par notre Service Action Sanitaire et Sociale, permettra de réduire votre participation financière à la Complémentaire Santé Solidaire et est valable pour l'année en cours.

## 2 – COMPOSITION DU FOYER

	NOM - Prénoms	Date de naissance	Situation actuelle	Personne concernée par la demande
M		/ /		<input type="checkbox"/>
MME		/ /		<input type="checkbox"/>
1 <sup>er</sup> enfant		/ /		<input type="checkbox"/>
2 <sup>e</sup> enfant		/ /		<input type="checkbox"/>
3 <sup>e</sup> enfant		/ /		<input type="checkbox"/>
4 <sup>e</sup> enfant		/ /		<input type="checkbox"/>
5 <sup>e</sup> enfant		/ /		<input type="checkbox"/>

## 3 – ORGANISME DE GESTION DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE :

MSA Provence Azur

Autre, précisez :

Nom de l'organisme : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

**4- CETTE DEMANDE EST A NOUS RENVOYER AVEC LES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES DANS LES 3 MOIS APRES LA DATE DE NOTIFICATION D'ELIGIBILITE A LA CSS AVEC PARTICIPATION FINANCIERE ET AU PLUS TARD LE 31/12/2026.**

SOIT PAR COURRIER : MSA PROVENCE AZUR – SERVICE ACTION SOCIALE – CS 70001 – 13416 MARSEILLE CEDEX 20

SOIT PAR INTERNET : PROVENCEAZUR.MSA.FR/MON ESPACE PRIVE/CONTACT & ECHANGES/TRANSMETTRE MES DOCUMENTS

- ☛ Le bordereau d'appels de cotisations précisant le montant de la participation financière de l'assuré, ainsi que pour chaque personne du foyer concernée par la demande
- ☛ Un RIB (si changement de coordonnées bancaires)

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE EXAMINÉ  
TOUTE DEMANDE ET TOUTES PIECES JUSTIFICATIVES ENVOYÉES HORS DELAI FERONT L'OBJET D'UN REJET**

## 5 – ATTESTATION SUR L'HONNEUR :

La MSA Provence Azur se réserve le droit de vérifier l'exactitude des informations contenues dans cette déclaration.

La loi rend possible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausse déclaration (article L 377.1 du code de la sécurité sociale – article L 441.1 du code pénal).

« *En foi de quoi, je confirme ma demande et atteste sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur cet imprimé* ».

A .....

Porter la mention manuscrite "Lu et approuvé".

Le .....

Signature de l'allocataire :

*Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général pour la Protection des Données (RGPD) du 2016/679, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou d'une limitation du traitement et le cas échéant le droit à la portabilité des données que nous enregistrons à partir de vos réponses.*

*Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, consultez notre politique de protection des données sur notre site internet [www.provenceazur.msa.fr/votre](http://www.provenceazur.msa.fr/votre) MSA/Informations légales.*

**MSA PROVENCE AZUR - Service Action Sanitaire et Sociale :**

<b>Nous contacter :</b>	04 91 16 58 39
	<a href="http://provenceazur.msa.fr/Mon espace privé/Contact &amp; échanges">provenceazur.msa.fr/Mon espace privé/Contact &amp; échanges</a>
<b>Nous connaître :</b>	<a href="http://provenceazur.msa.fr">provenceazur.msa.fr</a>