

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 ^{er} enfant | | / / | | <input type="checkbox"/> |
| 2 ^e enfant | | / / | | <input type="checkbox"/> |
| 3 ^e enfant | | / / | | <input type="checkbox"/> |
| 4 ^e enfant | | / / | | <input type="checkbox"/> |
| 5 ^e 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 ENVOYEEES 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 passible 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 MSA/Informations légales.

MSA PROVENCE AZUR - Service Action Sanitaire et Sociale :

Nous contacter : 04 91 16 58 39

provenceazur.msa.fr/Mon espace privé/Contact & échanges

Nous connaître : provenceazur.msa.fr