santé
famille
retraite
services

DEMANDE D'AIDE A LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE AVEC PARTICIPATION FINANCIERE
ESSS08439
~ Année 2025 ~

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.

1 – DEMANDEUR (ASSURÉ (E) EN MALADIE MSA) :

N° de Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Pour le jeune indépendant, date de naissance : …./……/……

Affiliation à la MSA Provence-Azur :

☐ Droits ouverts en maladie

Activité :

☐ Salarié agricole

☐ Non Salarié agricole

☐ Autre situation : ……..

Nom – Prénom : .....

Adresse : .....

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

Téléphone fixe : ..... Téléphone mobile : …….

Mail :……@.....

Situation de famille : ☐ Marié(e) ☐ Vie maritale ☐ Pacsé(e)
☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e)

Votre employeur :……

Si changement dans votre situation personnelle ou professionnelle depuis votre dernière déclaration fiscale, merci de nous en préciser l'objet et la date :

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Tournez la page SVP ⇨

2 – COMPOSITION DU FOYER

	NOM - Prénoms	Date de naissance	Situation actuelle	Personne concernée par la demande
M		/ /		☐
MME		/ /		☐
1er enfant		/ /		☐
2e enfant		/ /		☐
3e enfant		/ /		☐
4e enfant		/ /		☐
5e enfant		/ /		☐

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 APRÈS LA DATE DE NOTIFICATION D'ÉLIGIBILITÉ À LA CSS AVEC PARTICIPATION FINANCIÈRE ET AU PLUS TARD LE 31/12/2025:

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

SOIT PAR INTERNET : PROVENCEAZUR.MSA.FR/MON ESPACE PRIVÉ/CONTACT & ÉCHANGES/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 ENOYEES 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 ..... Le .....

Porter la mention manuscrite "Lu et approuvé". 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