

Mandat pour l'utilisation des services sécurisés destinés aux particuliers du site www.msasudaquaine.fr

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 situation des 16 à 18 ans pour l'allocation de rentrée scolaire (ARS)	<input type="checkbox"/> Mes infos famille et ressources pour la Prestation de Service Unique (PSU)
<input type="checkbox"/> Demander le complément de libre choix de mode de garde de la PAJE	<input type="checkbox"/> Mes messages et mes réponses
<input type="checkbox"/> Demander ma carte européenne d'assurance maladie	<input type="checkbox"/> Notification de ressources pour les prestations familiales
<input type="checkbox"/> Demander une aide au logement	<input type="checkbox"/> Paiements action sanitaire et sociale (consulter)
<input type="checkbox"/> Demander une aide à une complémentaire santé	<input type="checkbox"/> Paiements et décomptes santé (consulter)
<input type="checkbox"/> Demander une pension d'invalidité	<input type="checkbox"/> Paiements invalidité (consulter)
<input type="checkbox"/> Déclarer mes ressources pour les prestations familiales et logement	<input type="checkbox"/> Paiements prestation famille/logement (consulter)
<input type="checkbox"/> Déclarer mes ressources trimestrielles pour le RSA	<input type="checkbox"/> Paiements retraite (consulter)
<input type="checkbox"/> Déclarer mes ressources trimestrielles pour l'AAH	<input type="checkbox"/> Participations forfaitaires et franchises (consulter)
<input type="checkbox"/> Déclarer un changement de situation	<input type="checkbox"/> Prime d'activité : demande et déclaration trimestrielle
<input type="checkbox"/> Déposer des documents	<input type="checkbox"/> Relevé Annuel de Prestations Santé (RAPS)
<input type="checkbox"/> Demande de RSA	<input type="checkbox"/> Suivi de mes demandes de prestations
<input type="checkbox"/> Demander un Rendez-vous	

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).

Cette procuration doit IMPERATIVEMENT être signée des deux parties

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).