

PRESTATIONS SANTÉ

VOS PRESTATIONS DE SANTÉ

► ÊTES-VOUS REMBOURSÉ(E) À 100 % AU TITRE :

- PENSION D'INVALIDITÉ : OUI NON SI OUI, JOINDRE LA NOTIFICATION D'ATTRIBUTION
- AFFECTION LONGUE DURÉE (ALD) : OUI NON SI OUI, JOINDRE LA NOTIFICATION D'ATTRIBUTION

► BÉNÉFICIEZ-VOUS D'UNE RENTE ACCIDENT DU TRAVAIL, MALADIE PROFESSIONNELLE : OUI NON

SI OUI, JOINDRE LA NOTIFICATION D'ATTRIBUTION

VOTRE GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

► BÉNÉFICIEZ-VOUS DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ PROPOSÉE PAR VOTRE ENTREPRISE ? OUI NON

SI OUI, QUELS SONT LES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE COUVERTS PAR CE CONTRAT (NOM ET PRÉNOM DU CONJOINT, DES ENFANTS...) ?

.....

.....

.....

.....

► À DÉFAUT, AVEZ-VOUS UNE AUTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ? OUI NON

SI OUI, LAQUELLE (NOM ET ADRESSE) ?

.....

.....

.....

.....

.....

► QUELS SONT LES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE COUVERTS PAR CE CONTRAT ?

(NOM ET PRÉNOM DU CONJOINT, DES ENFANTS...)

.....

.....

.....

.....

.....

PRESTATIONS SANTÉ

VOS ENFANTS À CHARGE

NOM	PRÉNOMS	DATE DE NAISSANCE	LIEU DE NAISSANCE (PAYS ET COMMUNE)	NATIONALITÉ	SITUATION (*)	PRISE EN CHARGE ALD (**) OUI / NON

(*) *Scolarité (études secondaires, supérieures), apprenti, activité professionnelle, handicapé, recherche d'emploi*

(**) *Si oui, joindre la notification d'attribution*

► **SOUHAITEZ-VOUS LEUR RATTACHEMENT EN ASSURANCE MALADIE À LA MSA ?** OUI NON

SI OUI, SOUHAITEZ-VOUS LEUR RATTACHEMENT À TITRE :

PRINCIPAL (LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT CONCERNANT VOS ENFANTS SERONT TRANSMISES À LA MSA ET À VOTRE MUTUELLE)

SECONDAIRE (LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT CONCERNANT VOS ENFANTS SERONT TRANSMISES À LA MSA SEULEMENT, VOUS DEVREZ ENVOYER LE DÉCOMPTE À LA MUTUELLE ASSURANT VOS ENFANTS)

VOTRE MEDECIN TRAITANT

► **VEUILLEZ PRÉCISER LES COORDONNÉES DE VOTRE MÉDECIN TRAITANT :**

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : [][][][][]

VILLE :

PRESTATIONS FAMILIALES

VOS PRESTATIONS FAMILIALES

▶ **PERCEVEZ-VOUS DES PRESTATIONS FAMILIALES / LOGEMENT / RSA OU PRIME D'ACTIVITÉ ?** OUI NON

SI OUI, DE QUEL ORGANISME ? (CAF/MSA) :

DÉPARTEMENT :

▶ **QUI EST L'ALLOCATAIRE ?** VOUS VOTRE CONJOINT(E)

N° D'ALLOCATAIRE CAF :

▶ **SI VOTRE CONJOINT(E) EST L'ALLOCATAIRE, SOUHAITEZ-VOUS LE TRANSFERT DE VOTRE DOSSIER À LA MSA ?** OUI NON

SI OUI, NOUS NOUS ADRESSERONS DIRECTEMENT À VOTRE CAF POUR OBTENIR LE TRANSFERT DE VOTRE DOSSIER.

ATTENTION SI VOTRE CONJOINT(E) EST SANS ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE, LE DOSSIER SERA TRANSFÉRÉ OBLIGATOIREMENT À LA MSA.

Date et signature de l'allocataire :

PRESTATIONS RETRAITE

VOS PRESTATIONS RETRAITE

► PERCEZ-VOUS UNE RETRAITE PROGRESSIVE ? OUI NON

SI OUI, DEPUIS QUELLE DATE :

► AVEZ-VOUS FAIT UNE DEMANDE DE DÉPART ANTICIPÉ ? OUI NON

SI OUI, DATE DE DÉPART SOUHAITÉE ?

► AVEZ-VOUS DÉPOSÉ UNE DEMANDE DE RETRAITE AUPRÈS DE LA CARSAT ? OUI NON

SI OUI, DATE DE DÉPART PRÉVUE :

MERCİ DE JOINDRE À CE DOCUMENT :

► Un RIB

► Une copie du livret de famille et une copie recto-verso de la carte d'identité ou du titre de séjour, pour vous uniquement si vous êtes né(e) à l'étranger, et chaque membre de votre famille né à l'étranger

SIGNATURE

JE SOUSSIGNÉ(E),

CERTIFIE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR L'ENSEMBLE DE CE QUESTIONNAIRE.

JE M'ENGAGE À SIGNALER IMMÉDIATEMENT À LA MSA TOUT CHANGEMENT INTERVENANT DANS MA SITUATION.

Fait le : à :

Signature :

