



Je soussigné(e) :

Nom	Prénom
Né(e) le	Demeurant
Votre numéro d'adhérent MSA (sécurité sociale ou Siret) :	
Votre adresse mail : @.....	

donne procuration, conformément aux articles 1984 à 2010 du code civil, à :

Nom, prénom ou raison sociale (entreprise)
Adresse
Cette personne ou cette entreprise est adhérente MSA : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Merci d'indiquer son numéro d'adhérent (choisi ou déjà utilisé):
son adresse mail : @.....

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).

Pour utiliser les services en ligne suivants :

Bouquet Particulier

N° de sécurité sociale :

L'ensemble des services « Particulier » :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Attestation de droits maladie | <input type="checkbox"/> Déclarer mes ressources trimestrielles pour rSa |
| <input type="checkbox"/> Attestation de droits RSA | <input type="checkbox"/> Déclarer un changement de situation |
| <input type="checkbox"/> Attestation de paiement et non paiement | <input type="checkbox"/> Effectuer ma demande unique de retraite |
| <input type="checkbox"/> Attestation fiscale | <input type="checkbox"/> Estimer ma retraite (pour les + 54 ans) |
| <input type="checkbox"/> Attestation médecin traitant | <input type="checkbox"/> Ma carte vitale |
| <input type="checkbox"/> Changement d'adresse | <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 d'activité de la PAJE | <input type="checkbox"/> Mon relevé de situation individuelle retraite |
| <input type="checkbox"/> Demander le complément de libre choix de mode de garde de la PAJE | <input type="checkbox"/> Notification de ressources pour les prestations familiales et logement |
| <input type="checkbox"/> Demander ma carte européenne d'assurance maladie | <input type="checkbox"/> Paiements action sanitaire et sociale |
| <input type="checkbox"/> Demander une aide à une complémentaire santé | <input type="checkbox"/> Paiements invalidité |
| <input type="checkbox"/> Demander une aide au logement | <input type="checkbox"/> Paiements et décomptes santé |
| <input type="checkbox"/> Demander une pension d'invalidité | <input type="checkbox"/> Paiements prestation famille/logement |
| <input type="checkbox"/> Déclarer mes ressources pour les prestations familiales et logement | <input type="checkbox"/> Paiements retraite |
| <input type="checkbox"/> Déclarer mes ressources trimestrielles pour l'AAH | <input type="checkbox"/> Participations forfaitaires et franchises |
| | <input type="checkbox"/> Prime d'activité : demande et déclaration trimestrielle |
| | <input type="checkbox"/> Relevé annuel de prestations santé (RAPS) |

Je joins une photocopie de ma carte d'identité ou de mon passeport en cours de validité et j'atteste avoir pris connaissance des conditions d'exercice de la procuration.

A Le

Signature de l'assuré

Signature du mandataire