Formulaire de demande de prestation d'action sanitaire et sociale MSA Midi-Pyrénées Nord

Le guide de nos prestations extra-légales est consultable sur notre site : mpn.msa.fr / Votre MSA /Action sanitaire et sociale / Prestations extra-légales / Guide des aides individuelles

ESSS08678

AIDE À LA l'ADHÉSION ET À L'ASSURANCE AU SERVICE DE REMPLACEMENT

« Nouveaux installés en agriculture »

Identification de l'assuré(e)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Numéro de sécurité sociale :

Adresse :

N° tel : E-mail :

Votre situation *(cochez la case correspondante à votre situation)*

☐ chef d'exploitation ☐ conjoint Collaborateur ☐ aide familial

Votre demande *(cochez la case correspondante)*

☐ **pour adhésion au service de remplacement :**

Coordonnées du service de remplacement :

Date de l'adhésion :

☐ **pour votre souscription à l'assurance couvrant les frais de remplacement :**

Coordonnées de l'organisme assureur :

Date de la souscription :

Envoi de la demande

Les documents sont à déposer soit :

- sur votre espace privé depuis le site internet mpn.msa.fr,
- via assafi2.blf@mpn.msa.fr,
- par voie postale à : MSA MPN, 180 avenue Marcel Unal, 82014 Montauban

Très important : Joindre obligatoirement avec l'imprimé de demande votre facture d'adhésion au service de remplacement ainsi que votre quittance d'assurance.

Attestation

Je soussigné(e) :

Agissant :

☐ en mon nom propre

☐ en qualité de représentant légal de :

Certifie exacts et complets les renseignements fournis dans le cadre de cette demande.
*Je m'engage à signaler toute modification de ma situation, régler à la caisse les sommes éventuellement versées à tort, faciliter toute enquête. J'accepte que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte soient transmis à un autre organisme conventionné avec la caisse pour permettre l'instruction de ma demande. Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du Code de la sécurité sociale. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit m'exposerait à des sanctions pénales et financières prévues par la loi, voire à des poursuites dans le cadre d'une procédure de lutte contre la fraude. Je donne mon consentement pour que ces données fassent l'objet d'un traitement informatique**

Fait à :

Le :

Signature :

**Conformément au droit à la protection des données, vous disposez de droits sur vos données personnelles (droit d'accès, de rectification, d'opposition et de limitation) que vous pouvez exercer auprès du délégué à la protection des données (DPO) ou auprès du directeur de l'organisme gestionnaire de l'aide demandée, dont vous trouverez les coordonnées sur le site dudit organisme.*