

**NOUVEL(LE)
ASSURÉ(E)**

► Complétez ce document et retournez-le sans délai à contactgie.blf@auvergne.msa.fr

CPAM DE : (Indiquez le département)

NOMBRE D'HEURES EFFECTUÉES PAR MOIS :



PRESTATIONS SANTÉ

VOS PRESTATIONS DE SANTÉ

► ÉTES-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

LA SITUATION DE VOTRE CONJOINT(E)

NOM :
PRÉNOMS (DANS L'ORDRE DE L'ÉTAT-CIVIL) :

NOM DE JEUNE FILLE :

DATE DE NAISSANCE :
DÉPARTEMENT DE NAISSANCE :

COMMUNE DE NAISSANCE :
NATIONALITÉ :

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE :

EXERCE-T-IL (ELLE) UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ?
SI OUI, DE QUELLE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE DÉPEND-T-IL (ELLE) ? :
SI NON, SOUHAITEZ-VOUS SON RATTACHEMENT À LA MSA ?

☐ OUI ☐ NON

☐ OUI ☐ NON

☐ OUI ☐ NON

LES PRESTATIONS DE SANTÉ DE VOTRE CONJOINT(E)

EST-IL (ELLE) REMBOURSÉ(E) À 100 %, AU TITRE :

PENSION D'INVALIDITÉ :
RENTÉ ACCIDENT DU TRAVAIL, MALADIE PROFESSIONNELLE
AFFECTION LONGUE DURÉE (ALD) :

☐ OUI ☐ NON

☐ OUI ☐ NON

☐ OUI ☐ NON

SI OUI, JOINDRE LA NOTIFICATION D'ATTRIBUTION

SI OUI, JOINDRE LA NOTIFICATION D'ATTRIBUTION

SI OUI, JOINDRE LA NOTIFICATION D'ATTRIBUTION

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

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

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

SOUSHAITEZ-VOUS LEUR RATTACHEMENT EN ASSURANCE MALADIE À LA MSA ? ☐ OUI ☐ NON

SI OUI, SOUSHAITEZ-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

▶ PERCEVEZ-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 :

MERCI 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 :



AU SERVICE DE SANTÉ SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Mutualité Sociale Agricole Auvergne

POSTE ACTUELLEMENT OCCUPÉ :

CODE POSTAL : | | | | | |

VILLE :

MSA AUVERGNE
À l'attention du médecin du travail
16 rue Jean Claret
63972 Clermont-Ferrand cedex 9

Signature :



AU SERVICE DU CONTRÔLE MÉDICAL

Mutualité Sociale Agricole Auvergne

VILLE :

MSA AUVERGNE
À l'attention du médecin du contrôle médical
16 rue Jean Claret
63972 Clermont-Ferrand cedex 9

Signature :