santé
famille
retraite
services

NOUVEL(LE) ASSURÉ(E)

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL À DESTINATION DE LA MSA

Mutualité Sociale Agricole Auvergne

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

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CPAM DE : *(Indiquez le département)* .....

VOTRE SITUATION

NOM : ..... **NOM DE JEUNE FILLE :** .....

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

ADRESSE : .....

.....

CODE POSTAL : |_|_|_|_|_| **VILLE :** .....

N° TÉLÉPHONE FIXE : |_|_|_|_|_|_|_|_| **N° TÉLÉPHONE PORTABLE :** |_|_|_|_|_|_|_|_|

ADRESSE MAIL : .....

DATE DE NAISSANCE : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| **COMMUNE DE NAISSANCE :** .....

DÉPARTEMENT DE NAISSANCE : ..... **NATIONALITÉ :** .....

☐ **VOUS VIVEZ SEUL(E)**

- ☐ VOUS ÊTES SÉPARÉ(E) DE FAIT
- ☐ VOUS ÊTES SÉPARÉ(E) LÉGALEMENT
- ☐ VOUS ÊTES DIVORCÉ(E)
- ☐ VOUS ÊTES CÉLIBATAIRE
- ☐ VOUS ÊTES VEU(F, VE)

} DEPUIS LE |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

☐ **VOUS VIVEZ EN COUPLE**

- ☐ VOUS ÊTES MARIÉ(E)
- ☐ VOUS VIVEZ MARITALEMENT
- ☐ VOUS ÊTES PARTENAIRE D'UN PACS

} DEPUIS LE |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

EXERCEZ-VOUS UNE AUTRE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

SI OUI, LAQUELLE ? : .....

NOMBRE D'HEURES EFFECTUÉES PAR MOIS : .....

01/2025 - 987.1

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...)

.....

.....

.....

.....

.....

01/2025 - 987.1

PRESTATIONS SANTÉ

LA SITUATION DE VOTRE CONJOINT(E)

NOM : ..... **NOM DE JEUNE FILLE :** .....

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

DATE DE NAISSANCE : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| **COMMUNE DE NAISSANCE :** .....

DÉPARTEMENT DE NAISSANCE : ..... **NATIONALITÉ :** .....

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

EXERCE-T-IL (ELLE) UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

SI OUI, DE QUELLE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE DÉPEND-T-IL (ELLE) ? : .....

SI NON, SOUHAITEZ-VOUS SON RATTACHEMENT À LA MSA ? ☐ OUI ☐ NON

LES PRESTATIONS DE SANTÉ DE VOTRE CONJOINT(E)

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

- **PENSION D'INVALIDITÉ :** ☐ **OUI** ☐ **NON** SI OUI, JOINDRE LA NOTIFICATION D'ATTRIBUTION
- **RENTE ACCIDENT DU TRAVAIL, MALADIE PROFESSIONNELLE** ☐ **OUI** ☐ **NON** SI OUI, JOINDRE LA NOTIFICATION D'ATTRIBUTION
- **AFFECTION LONGUE DURÉE (ALD) :** ☐ **OUI** ☐ **NON**
  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

(*) 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

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 :

01/2025 - 987.1

santé
famille
retraite
services

AUTORISATION DE TRANSFERT DU DOSSIER MEDICAL

AU SERVICE DE SANTÉ SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Mutualité Sociale Agricole Auvergne

JE SOUSSIGNÉ(E) :

NOM : ..... **PRÉNOM :** .....

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DATE DE NAISSANCE : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

ADRESSE : .....

.....

CODE POSTAL : |_|_|_|_|_| VILLE : .....

EMPLOYEUR : .....

POSTE ACTUELLEMENT OCCUPÉ : .....

AUTORISE LE MÉDECIN DU TRAVAIL DU SERVICE DE SANTÉ SÉCURITÉ AU TRAVAIL DE :

NOM DE L'ORGANISME : .....

ADRESSE : .....

.....

CODE POSTAL : |_|_|_|_|_| VILLE : .....

À TRANSMETTRE MON DOSSIER MÉDICAL AU MÉDECIN DU TRAVAIL À :

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

QUI EST MAINTENANT CHARGÉE DE MA SURVEILLANCE.

Fait le : ..... **à :** .....

Signature :

01/2025 - 987.1

santé
famille
retraite
services

AUTORISATION DE TRANSFERT DU DOSSIER MEDICAL

AU SERVICE DU CONTRÔLE MÉDICAL

Mutualité Sociale Agricole Auvergne

JE SOUSSIGNÉ(E) :

NOM : ..... **PRÉNOM :** .....

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DATE DE NAISSANCE : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

ADRESSE : .....

.....

CODE POSTAL : |_|_|_|_|_| VILLE : .....

EMPLOYEUR : .....

POSTE ACTUELLEMENT OCCUPÉ : .....

AUTORISE LE SERVICE DU CONTRÔLE MÉDICAL DE :

NOM DE L'ORGANISME : .....

ADRESSE : .....

.....

CODE POSTAL : |_|_|_|_|_| VILLE : .....

À TRANSMETTRE MON DOSSIER MÉDICAL À :

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

QUI EST MAINTENANT CHARGÉE DE MA SURVEILLANCE.

Fait le : ..... **à :** .....

Signature :

01/2025 - 987.1