



L'essentiel & plus encore

**PRESTATIONS D'ACTION  
SANITAIRE ET SOCIALE**

**ESSS08439**

**AIDE A L'ADHESION A L'ASSURANCE  
D'UN SERVICE DE REMPLACEMENT**

Une aide d'un montant de 80€ peut être sollicitée la **première** année d'adhésion sous réserve :

- d'être assuré au titre des prestations de santé en MSA Côtes Normandes,
- d'être âgé de moins de 35 ans au moment de l'adhésion,
- d'adhérer à une assurance proposant une prise en charge du remplacement sur l'exploitation.

N° identifiant .....

NOM ..... Prénom .....

Adresse : .....

Code postal ..... Commune .....

Téléphone ..... Adresse courriel : .....

Je soussigné(e) Mme /M. ....

- déclare avoir souscrit à effet du .....une adhésion à l'assurance d'un service de remplacement auprès de la compagnie désignée ci-après :  
.....  
.....
- déclare être assuré auprès de la MSA Côtes Normandes au titre des prestations de santé.
- sollicite l'attribution de l'aide à l'adhésion à l'assurance d'un service de remplacement.

Date : ..... Signature

Pièces à fournir  Facture

**Ce formulaire dûment complété, signé et accompagné des pièces justificatives demandées,  
est à retourner à la MSA Côtes Normandes - CS 80205 - 50005 SAINT LO CEDEX**