

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 ou justificatif d'adhésion à une compagnie d'assurance

***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***

**Adressez vos courriers à**

MSA Côtes Normandes

CS 80205

50005 SAINT-LÔ CEDEX

**Tél. 02 31 25 38 80**

cotesnormandes.msa.fr

***Siège social***

*MSA Côtes Normandes*

*37 rue de Maltot*

*14000 caen*