PROCURATION CMU

À COMPLÉTER UNIQUEMENT POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU

Valable pour un seul paiement dans le délai de 3 mois à partir de la date d'établissement par l'assuré (art 85-1353 du décret n° 45-0179 du 29-12-1945)

Je soussigné(e) (nom et prénom de l'assuré) :

Adresse :

Donne pouvoir à l'**ADAV** afin de :

· Percevoir les prestations de sécurité sociale qui me sont dues par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie

· D'en donner valablement acquit en lieu et place

Le : ..... / ..... / .....

Signature du mandataire (ADAV)

Signature de l'assuré

La procuration doit :

· Être rédigée de la main de l'assuré et non du conjoint

· Être datée et signée obligatoirement

· Être établie au nom d'une personne majeure ou d'un mineur émancipé

Elle devient sans effet :

· A la fin du délai indiqué (3 mois)

· Par usage (encaissement de prestations)

· Par décès du mandant (assuré) ou celui du mandataire (à qui le pouvoir doit être donné)

Les données collectées sur ce formulaire seront communiquées aux seuls services du SIVOM de la communauté du Béthunois et conservées pendant la durée nécessaire au traitement de votre demande. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation et d'opposition au traitement de vos données, que vous pouvez exercer via le formulaire de contact disponible sur le site https://www.sivom-bethunois.fr/