

En cas de précarité du débiteur et sous certaines conditions, les sommes résultant de prestations indûment versées peuvent faire l'objet d'une remise totale ou partielle.

Sont concernés les indus de prestations suivants :

- Indus de remboursement des frais de santé de l'assurance maladie et maternité
- Indus de prestations en espèces maladie et maternité
- Indus de capital décès
- Indus de prestations accident du travail et maladie professionnelle
- Indus de pension d'invalidité et de prestations vieillesse
- Indus de prestations familiales et assimilées
- Indus d'allocation adulte handicapé
- Indus d'allocation de soutien aux personnes âgées et d'allocation supplémentaire invalidité
- Indus d'allocation journalière du proche aidant

Nom/prénom de l'assuré :

Adresse :

Numéro identifiant :

Adresse mail : N° Téléphone :

Nature de la prestation indûment versée (montant, période...) :
.....
.....

Motivation circonstanciée de la demande (décrivez les raisons de votre demande) :
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Complétez le questionnaire de ressources qui suit et joignez votre dernier avis d'imposition ou de non imposition à votre demande. A défaut, votre demande sera rejetée.

I - SITUATION DE L'ASSURE(E)

| | Assuré(e) | Conjoint(e) / Concubin(e) / Pacsé(e) |
|--|-----------|--------------------------------------|
| Nom | | |
| Prénom | | |
| Né(e) le | | |
| Téléphone | | |
| E-mail | | |
| Profession | | |
| Employeur | | |
| Situation familiale | | |
| N° de sécurité sociale | | |
| Caisse de sécurité sociale | | |
| N° d'assuré social N° d'allocataire CAF | | |

II - PERSONNES VIVANT AU FOYER

| Nom / Prénom | Lien de parenté | Né(e) le | SITUATION (<i>salarié(e), ARE, RSA, invalidité, scolarisé(e), en formation...</i>) |
|--------------|-----------------|----------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Etes-vous : Propriétaire En accession à la propriété Locataire

Disposez-vous d'autres biens immobiliers : Oui Non

Si oui, type de bien :

Adresse :

Avez-vous déposé un dossier auprès de la commission de surendettement ? : Oui Non

Date de dépôt du dossier : Référence du dossier :

III - RESSOURCES MENSUELLES (moyenne des trois derniers mois)

| Nature | Assuré(e) | Conjoint(e) / Concubin(e) / Pacsé(e) | Autre(s) personne(s) vivant au foyer |
|--|-----------|---|---|
| Salaires | | | |
| Pension invalidité, retraite, rente, pension de réversion | | | |
| Prestations familiales | | | |
| Pension(s) alimentaire(s) perçue(s) | | | |
| Autres revenus : (Assurance complémentaire, revenus locatifs...) | | | |

IV - CHARGES

| Nature | Montant | Périodicité |
|---|---------|-------------|
| Loyer restant à votre charge | | |
| Impôts sur le revenu de l'année précédente | | |
| Impôts locaux de l'année précédente | | |
| Chauffage | | |
| Facture d'électricité/gaz | | |
| Assurance habitation | | |
| Assurance voiture | | |
| Cotisation mutuelle | | |
| Frais de scolarité | | |
| Pension(s) alimentaire(s) versée(s) | | |
| Téléphonie fixe/mobile/internet | | |
| Frais de garde d'enfants | | |
| Frais de transport | | |
| Autres (à préciser) | | |

V - EMPRUNTS – CREDIT(S) EN COURS

| Nature | Montant mensuel | Date de début | Date de fin |
|---|-----------------|---------------|-------------|
| Prêt immobilier pour la résidence principale | | | |
| Crédit automobile | | | |
| Prêt à la consommation | | | |
| Autres (à préciser) | | | |

VI - DETTES

| Nature | Montant mensuel remboursé | Durée | Créancier(s) |
|--------|---------------------------|-------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

VII - TABLEAU RECAPITULATIF (à remplir par la MSA)

| NATURE | MONTANT MENSUEL |
|-------------------------------------|-----------------|
| Total des ressources | |
| Total des charges | |
| Total des emprunts/crédits en cours | |
| Total des dettes | |
| Reste à vivre | |

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce questionnaire.

Je suis informé(e) que la MSA est habilitée à consulter les informations que détiennent les services fiscaux, Pôle emploi et les autres organismes sociaux.

Je suis aussi informé(e) qu'en cas de fraude ou de tentative de fraude, je m'expose à des poursuites et sanctions pénales.

Je reconnais par ailleurs avoir été informé(e) que :

- Les informations relatives à la vie privée contenues dans ma demande ou obtenues pour son instruction sont régies par le secret professionnel ;
- Le traitement de ma demande peut nécessiter de communiquer ces informations au sein de la MSA.

Par la signature de ce questionnaire, j'autorise le transfert de ces informations pour la gestion de mon dossier.

Fait à Le

| | |
|--------------------------|--|
| Signature de l'assuré(e) | Signature du conjoint(e), concubin(e), ou pacsé(e) |
|--------------------------|--|

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification sur vos données que vous pouvez exercer par voie postale auprès de votre Délégué à la Protection des Données de votre MSA.

MSA Ain-Rhône

35-37 rue du Plat BP 2612

69232 LYON CEDEX 02

Tél. : 04 74 45 99 40 (choix 1, puis 3)

www.msa01-69.fr