

# 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)