



**AUTORISATION DE PAIEMENT DE PRESTATIONS
SUR LE COMPTE D'UN TIERS**
(Attestation à compléter par vos soins)

Afin de nous permettre de procéder au remboursement de vos prestations sur le compte d'un tiers, nous vous remercions de bien vouloir **compléter l'autorisation** ci-dessous, de **joindre l'original** du relevé d'identité bancaire de cette personne, et de nous faire parvenir l'ensemble à l'adresse suivante : **SMEREP – 16 Boulevard du Général Leclerc – 92115 Clichy Cedex.**

Je, soussigné(e),

Monsieur Madame Mademoiselle

NOM : _____

Prénom : _____

N° SS : |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Résidant : _____

Téléphone : _____ E-Mail : _____

déclare par la présente autoriser,

Monsieur Madame Mademoiselle

NOM : _____

Prénom : _____

Résidant : _____

A percevoir pour moi, sur le compte bancaire n° _____ :

l'ensemble des prestations Sécurité sociale qui me sont dues, sauf avis contraire de ma part.

les prestations de Sécurité sociale qui me sont dues pour le(s) dossier(s) ci-joint(s).

Fait à _____, le |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| Signature de l'assuré(e) :

Signature du titulaire du compte :