CMS Choisissez un élément.

Choisissez un élément.

CESSION CONVENTIONNELLE

ASSURANCES PRIVÉES

Je soussigné(e)

N°AVS

né(e) le

domicilié(e) à

reconnais par la présente être partiellement ou totalement à la charge de l’aide sociale et percevoir des avances en espèces des autorités d’aide sociale (canton ou commune), sur la base de la loi fédérale en matière d’assistance (LAS) et de la loi cantonale valaisanne sur l’intégration et l’aide sociale (LIAS) ou de la loi fédérale sur l’asile (LAsi).

Ces avances sont effectuées dans l’attente de rétroactifs de prestations en espèces de l’institution suivante :

[ ]  Assurance incendie Assurance

[ ]  Assurance maladie complémentaire

[ ]  Assurance indemnités journalières maladie

[ ]  Assurance vie

[ ]  Assurance ménage

[ ]  Autre(s) :

En conséquence, je cède aux autorités d’aide sociale mon droit aux arriérés de prestations en espèces auxquels je peux prétendre de la part de l’institution concernée. La cession porte sur les périodes correspondantes, à hauteur des montants qui me sont versés par l’autorité d’aide sociale, à titre d’avance.

De plus, je m’engage à fournir aux autorités d’aide sociale toutes les informations nécessaires pour faire valoir leurs droits (contrat d’assurance, décisions de/des institutions concernée/s, …). Je délie également les institutions concernées, de l’obligation de garder le secret envers les autorités d’aide sociale.

L’autorité d’aide sociale qui m’a accordé les avances transmettra immédiatement la présente cession à l’institution concernée, afin qu’elle puisse verser les montants avancés directement aux autorités d’aide sociale. Pour le cas où le versement aurait déjà été effectué par l’institution en mes mains, je m’engage à reverser la totalité du montant visé par la présente cession aux autorités d’aide sociale dans les plus brefs délais. La présente cession vaut reconnaissance de dette au sens de l’article 82 LP.

**Je prends note que les montants récupérés par les autorités d’aide sociale sur la base de cette cession serviront à compenser les avances consenties en ma faveur ou en faveur des personnes dont j’ai la charge, pendant la période correspondante.**

Lieu et date :

Signature du/de la bénéficiaire de l’aide sociale Signature et timbre de l’autorité d’aide sociale (cédant) : (cessionnaire) :

**Information :** Le versement est à effectuer sur le compte suivant : IBAN n°      ,

à l’attention du CMS Choisissez un élément., accompagné du décompte relatif au versement effectué.