DEMANDE DE PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES ET DE SECOURS

Umanens L'humain a du sens

Mutuelle Familiale ma nouvelle mutuelle

La Commission d'aide sociale de la Mutuelle Familiale peut être saisie, sous conditions, par tout adhérent devant faire face à des dépenses de santé dépassant ses possibilités financières (Art.5 du RI). Les demandes doivent concerner des appareillages ou traitements médicaux ponctuels et non permanents. L'adhérent doit en outre :

- être à jour de sa cotisation mutualiste
- avoir au minimum un an d'ancienneté d'adhésion au moment des soins concernés.

Dans ce cas, vous devez renvoyer à la Commission d'aide sociale régionale (Section Mutuelle Familiale de votre région) ce document dûment rempli, accompagné DES PIECES JUSTIFICATIVES demandées.

DEMANDEUR

☐ MME ☐ M. NOM : ..... NOM JEUNE FILLE : ..... PRÉNOM : .....

NUMÉRO D'ASSURÉ(E) SOCIAL(E) : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

AYANT DROIT CONCERNÉ PAR LA DEMANDE : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : |__|__|__|__|__| VILLE : .....

EMAIL : ..... TÉLÉPHONE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| PORTABLE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

SITUATION FAMILIALE : ☐ CÉLIBATAIRE / ☐ MARIÉ(E) / ☐ PACSÉ(E) / ☐ UNION LIBRE / ☐ DIVORCÉ(E) / ☐ VEUF(VE)

NOMBRE D'ENFANTS FICALEMENT À CHARGE : |__|__|

ÊTES-VOUS : ☐ EN ACTIVITÉ / ☐ EN ARRÊT MALADIE / ☐ PRIVÉ(E) D'EMPLOI / ☐ RETRAITÉ(E) / ☐ AUTRE : .....

CONJOINT : ☐ EN ACTIVITÉ / ☐ EN ARRÊT MALADIE / ☐ PRIVÉ(E) D'EMPLOI / ☐ RETRAITÉ(E) / ☐ AUTRE : .....

MOTIF DÉTAILLÉ DE LA DEMANDE (SI NÉCESSAIRE, UTILISER UNE FEUILLE ANNEXE)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PIECES JUSTIFICATIVES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT À LA PRÉSENTE DEMANDE

JUSTICATIFS DE VOS RESSOURCES :

☐ Copie du dernier avis imposition ou de non-imposition faisant apparaître le montant des revenus déclarés et le coefficient familial.

☐ Si les revenus actuels sont différents de l'avis d'imposition ou si des revenus sont non imposables, joindre également selon le cas :

- ☐ décompte Sécurité sociale pour les indemnités journalières
- ☐ justificatif du montant du versement POLE EMPLOI
- ☐ justificatif du montant de la pension : invalidité, veuf(ve) de guerre ou militaire...
- ☐ justificatif du montant des allocation(s) CAF: enfant(s), adulte handicapé, tierce personne, personnalisée d'autonomie autre (préciser) : .....

JUSTIFICATIFS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE

☐ Original facture ou titre du Trésor Public impayé(e)

OU

☐ Copie facture portant la mention «acquittée»

OU

☐ Devis

ET

☐ Copie de votre demande d'aide à votre Centre de Sécurité Sociale ou à la MDPH qui doit être également sollicité.

SIGNATURE

Le : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

CONTACT

Ghislaine VIRASOLVY

T 01 55 33 40 85

M gvirasolvy@mutuelle-familiale.fr

Les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la gestion de votre contrat. Elles peuvent être communiquées aux partenaires de la Mutuelle uniquement aux fins d'exécution des garanties souscrites. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux informations qui vous concernent, droit que vous pouvez exercer auprès de La Mutuelle Familiale – 52, rue d'Hauteville, 75487 Paris Cedex 10. Pour ne pas recevoir d'offres des membres d'Umanens, cochez la case ☐ Pour ne pas recevoir d'offres des partenaires d'Umanens, cochez la case ☐ / Mutuelle régie par le Code de la mutualité et soumise au Livre II – SIREN n° 784 442 915 – Novembre 2015.