Au service des acteurs de la Sécurité sociale

Régime complémentaire de couverture des frais de santé des salariés et anciens salariés des organismes de Sécurité sociale

☐ Salarié ☐ Ancien salarié

DEMANDE D'INTERVENTION DU FONDS DE SOLIDARITÉ

Pièces justificatives à joindre (les photocopies suffisent) :

- ☐ Dernier bulletin de salaire de l'assuré et du conjoint, concubin ou personne liée par un PACS.
- ☐ Dernier avis de versement de la CAF.
- ☐ Montant des indemnités journalières, de la pension d'invalidité ou de la rente d'accident du travail.
- ☐ Dernière notification de décision de prise en charge par Pôle emploi.
- ☐ Dernier avis de versement de l'allocation chômage.
- ☐ Dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus et dernier avis de taxe d'habitation et de taxe foncière.
- ☐ Quittance de loyer, charges de copropriété et échéanciers des emprunts en cours.
- ☐ Devis ou facture (s) accompagné (s), le cas échéant, des pièces justificatives des remboursements déjà perçus.
- ☐ Relevé d'identité bancaire ou postal.

Ce formulaire et les justificatifs sont à adresser :

- **Par mail**
  smie.morbihan@smie-os.fr

ou

- **Par voie postale**
  SMIE MUTUELLE
  67 rue Anita CONTI
  PA Laroiserau 2
  56000 VANNES

Pour les demandes d'intervention concernant le dentaire, l'optique et/ou l'audiologie, merci de cocher impérativement l'une des cases suivantes :

Vous avez été informé(e) par le professionnel de santé de la possibilité de bénéficier de l'offre 100 % Santé avec un reste à charge à 0 euro : ☐ **OUI** ☐ **NON**
Vous avez été informé(e) par le professionnel de santé de la possibilité de bénéficier d'un tarif maîtrisé ou modéré : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Recours au réseau de soins*

Vous avez consulté un professionnel de santé qui fait partie du réseau de soins de votre assureur : ☐ **OUI** ☐ **NON**

* Votre assureur vous fait bénéficier d'un réseau de soins composé de différents professionnels de santé (dentistes, opticiens, audioprothésistes) dont les conventions sont régies par des critères qualitatifs et tarifaires précis, garants d'une offre de soins de qualité et au juste prix.

ASSURÉ(E)

NOM, PRÉNOM

NOM DE JEUNE FILLE

DATE DE NAISSANCE |_|_|_|_|_|_|_|_|

FONCTION

ADRESSE

N° TÉLÉPHONE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ORGANISME GESTIONNAIRE DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE

N° SÉCURITÉ SOCIALE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ORGANISME EMPLOYEUR

CONJOINT, CONCUBIN OU PERSONNE LIÉE PAR UN PACS

NOM, PRÉNOM

NOM DE JEUNE FILLE

DATE DE NAISSANCE |_|_|_|_|_|_|_|_|

PROFESSION

N° SÉCURITÉ SOCIALE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ASSUREUR COMPLÉMENTAIRE

ENFANTS À CHARGE

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SITUATION	REVENUS MENSUELS	NATURE DU REVENU

PERSONNES À CHARGE AUTRE QUE LES ENFANTS

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SITUATION	REVENUS MENSUELS	NATURE DU REVENU

REVENUS DISPONIBLES au vu des justificatifs	ASSURÉ(E)	CONJOINT, CONCUBIN ou personne liée par un PACS	PERSONNE À CHARGE		TOTAL
			Enfants	Ascendants	
	Âge :	Âge :	Nombre : Âge :	Nombre : Âge :	
REVENUS ANNUELS					
REVENU BRUT GLOBAL[1]					
PENSIONS / RENTES					
INDEMNITÉS JOURNALIÈRES					
MAJORATION TIERCE PERSONNE					
RENTE ACCIDENT DU TRAVAIL					
ALLOCATION LOGEMENT					
PRESTATIONS FAMILIALES					
BOURSES D'ÉTUDES					
AUTRES REVENUS (PENSIONS D'INVALIDITÉ, ALLOCATIONS CHÔMAGE…)					
TOTAL « R » (REVENUS)					
CHARGES ANNUELLES					
IMPÔTS SUR LE REVENU[1]					
TAXE FONCIÈRE					
TAXE D'HABITATION					
LOYER					
ACCESSION À LA PROPRIÉTÉ (RÉSIDENCE PRINCIPALE)					
CHARGES LOCATIVES OU DE PROPRIÉTÉ					
FRAIS DE NOURRICE FRAIS DE SCOLARITÉ (INTERNAT)					
PENSIONS ALIMENTAIRES					
EMPRUNTS EN COURS[2]					
TOTAL « C » (CHARGES)					
				R - C ANNUEL	

(1) Selon avis d'imposition ou de non-imposition le plus récent. (2) Préciser la destination du prêt.

VEUILLEZ EXPOSER VOTRE SITUATION *(mentionner, le cas échéant, les autres aides et les changements significatifs des ressources)*

DÉPENSES TOTALES :

REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE :

REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE :

AUTRES AIDES : **PRÉCISEZ L'ORIGINE :**

☐ J'autorise SMIE Mutuelle à collecter et à traiter mes données de santé uniquement aux fins de gestion de ma demande d'intervention du fonds de solidarité UCANSS.

Les données collectées dans le présent formulaire font l'objet d'un traitement permettant l'accès et la gestion de votre demande d'intervention au fonds de solidarité UCANSS. Les informations qui vous concernent sont destinées à SMIE Mutuelle et à ses partenaires. Ces données pourront également faire l'objet de traitements et d'informations spécifiques aux autorités compétentes dans le cadre d'opérations de contrôle et le cas échéant de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation, de portabilité, et d'opposition au traitement de vos données ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à mp.sabourin@smie-os.fr ou en écrivant à l'attention du Délégué à la protection des données de SMIE Mutuelle - 67 rue Anita Conti - PA Laroiseau 2 - 56000 VANNES. Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, vous avez la faculté de saisir la CNIL sur www.cnil.fr

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des données communiquées dans le présent formulaire.

Fait à Le Signature

25-029-002-25-3