

## DEMANDE D'INTERVENTION DU FONDS DE SOLIDARITÉ

**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

**Pièces justificatives à joindre (les photocopies suffisent) :**

Dernier bulletin de salaire de l'assuré et du conjoint ou concubin, ou personne liée par un PACS.

Dernier avis de versement de la CAF.

Montant des indemnités journalières/ pension d'invalidité et rente d'accident du travail.

Dernière notification de décision de prise en charge par l'ASSEDIC.

Dernier avis de versement de l'allocation chômage.

Double du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus, à la taxe d'habitation et aux taxes foncières.

Quittance de loyer ou charges de copropriété, échéanciers des emprunts en cours.

Pièces originales justificatives des dépenses et des remboursements déjà perçus.

Pour les interventions hors nomenclature un certificat médical circonstancié, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil, accompagné de l'avis du médecin ayant établi le certificat médical.

Relevé d'Identité Bancaire ou Postal.

### 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

