

**Pôle action sanitaire
et sociale**

ASS-001

Imprimés accessibles sur notre site

www.cavimac.fr

Pour tout renseignement, contacter le
pôle action sanitaire et sociale :

action-sociale@cavimac.fr

**DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE
EN ASSURANCE MALADIE**



Le régime social des cultes

Identification du demandeur

Nom et prénoms de l'assuré social : _____

N° National d'identification : N° de collectivité :

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____ N° de téléphone :

Adresse mail : _____ @ _____

Nom et prénoms du demandeur (si différent de l'assuré social) : _____

Situation du demandeur : en activité retraité invalide

La demande concerne : l'assuré le conjoint le(s) enfant(s)

Objet, montant de la dépense et/ou de l'aide financière sollicitée

Votre demande concerne l'assurance maladie.

A ce titre, veuillez préciser les éléments suivants :

Bénéficiez-vous le l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) : Oui - joindre le plan d'aide Non

S'agit-il de dépenses effectués ou à venir en matière :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> d'achat ou de réparation de prothèses auditives | <input type="checkbox"/> d'orthèses ou de semelles orthopédiques |
| <input type="checkbox"/> d'optique - montures et verres | <input type="checkbox"/> de soins de pédicurie |
| <input type="checkbox"/> de soins dentaires - joindre le justificatif fourni par le praticien précisant le n° de(s) dent(s) soignée(s) | <input type="checkbox"/> de changes |
| <input type="checkbox"/> Autres cas : _____ | |

Veuillez préciser les éléments suivants :

- Montant des frais réels : _____
- Montant des remboursements de la Cavimac : _____
- Disposez-vous d'une mutuelle complémentaire ? Oui Non
Si oui, précisez le montant des remboursements : _____
- En cas d'absence de remboursements par l'organisme complémentaire, veuillez en préciser le motif :
(ex : option non souscrite) _____
- Montant des autres aides éventuellement accordées : _____

Joindre obligatoirement à la demande :

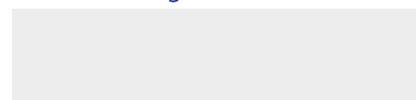
- **le dernier avis d'imposition ;**
- **la copie des factures ou devis relatifs aux achats ou aux soins ;**
- **les décomptes des remboursements de la Cavimac et de la mutuelle complémentaire ;**
- **le relevé d'identité bancaire ou postal du compte sur lequel sera versé le montant de l'aide.**

Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e) : _____
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements précisés dans ce dossier.

Fait à : _____, le

Signature



En cas de fraude sociale en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (CSS, art. L. 114-17 du Code de la sécurité sociale), vous encourez des sanctions et êtes passibles d'amende et/ou d'emprisonnement voire de pénalités financières (CSS, art. L. 114-16-2).

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée et le règlement général UE 2016/ 679 s'appliquent aux réponses faites sur ce formulaire. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant que vous pouvez exercer auprès de la déléguée à la protection des données : dpo@cavimac.fr