



Institution de
Prévoyance

12 rue Massue – 94684 Vincennes cedex
Téléphone : 01 49 57 16 00+ / Télécopie : 01 49 57 16 02

DEMANDE D'INTERVENTION DU FONDS DE SOLIDARITE

REGIME MALADIE-CHIRURGIE-MATERNITE

DOCUMENT A RENVOYER DUMENT COMPLETE ET SIGNE A

APGIS
Mademoiselle Myriam URGEN
12 rue Massue
94684 VINCENNES CEDEX
TÉL. 01 49 57 16 96
Fax : 01 49 57 16 98
émail : m.urgem@apgis.com

NOM DE L'EMPLOYEUR

ADRESSE

N° DE CONTRAT |_____| TELEPHONE |_____|_____|_____|_____|_____|

NOM ET PRENOM DE L'ASSURE

DATE DE NAISSANCE |_____|_____|_____|

ADRESSE

..... TELEPHONE |_____|_____|_____|_____|_____|

PRECISER LE MOTIF DE LA DEMANDE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SITUATION FAMILIALE⁽¹⁾

- | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CELIBATAIRE | <input type="checkbox"/> PERSONNE LIEE PAR UN PACS | <input type="checkbox"/> VEUF(VE) |
| <input type="checkbox"/> MARIE(E) | <input type="checkbox"/> VIE MARITALE | <input type="checkbox"/> DIVORCE(E) |

ENFANTS A CHARGE FISCALEMENT

NOM ET PRENOM DATE DE NAISSANCE | ____ | ____ | ____ |

NOM ET PRENOM DATE DE NAISSANCE | ____ | ____ | ____ |

NOM ET PRENOM DATE DE NAISSANCE | ____ | ____ | ____ |

NOM ET PRENOM DATE DE NAISSANCE | ____ | ____ | ____ |

NOM ET PRENOM DATE DE NAISSANCE | ____ | ____ | ____ |

ADULTES A CHARGE FISCALEMENT (AUTRES QUE LES ENFANTS)

NOM ET PRENOM DATE DE NAISSANCE | ____ | ____ | ____ |

NOM ET PRENOM DATE DE NAISSANCE | ____ | ____ | ____ |

NOM ET PRENOM DATE DE NAISSANCE | ____ | ____ | ____ |

⁽¹⁾ Cocher la case correspondante

DETAIL DES RESSOURCES FAMILIALES ANNUELLES DU FOYER FISCAL DE L'ASSURE

TYPE DE RESSOURCE	ASSURE	CONJOINT	ENFANTS A CHARGE	ADULTES A CHARGE
SALAIRE ⁽¹⁾				
PENSION D'INVALIDITE ⁽¹⁾				
RENTE D'ACCIDENT DU TRAVAIL ⁽¹⁾				
PENSION DE RETRAITE ⁽¹⁾				
ALLOCATIONS FAMILIALES				
PENSION ALIMENTAIRE				
INDEMNISATION MALADIE OU CHOMAGE ⁽¹⁾				
AUTRES REVENUS FINANCIERS (préciser) :.....				

ATTENTION : EN CAS D'INTERVENTION D'AUTRES ORGANISMES SUR LES MEMES FRAIS ENGAGES, PRECISER LE NOM DE CES ORGANISMES ET LE MONTANT DE L'AIDE ALLOUEE

ORGANISME	MONTANT DE L'ALLOCATION ATTRIBUEE
.....
.....
.....

PIECES A FOURNIR

- PHOTOCOPIE RECTO-VERSO DU DERNIER AVIS D'IMPOSITION SUR LES REVENUS (INDIQUER LE CAS ECHEANT, TOUT CHANGEMENT DE SITUATION INTERVENU ULTERIEUREMENT)
- LES JUSTIFICATIFS DE VOS FRAIS MEDICAUX ENGAGES (FACTURES, DEVIS, DETAIL DES SOINS,.....)

FAIT A

LE |_____| |_____| |_____|

SIGNATURE DU PARTICIPANT

⁽¹⁾Il s'agit des sommes perçues par le salarié (après déduction des différentes cotisations sociales)0