

Fonds d'Entraide AXA

Demande d'intervention

Motif de la demande :

Contrat AXA au titre duquel vous sollicitez l'aide

Nom ou raison sociale du souscripteur : _____

Contrat* : ☐ Santé ☐ Prévoyance ☐ Dépendance ☐ Habitation
☐ Auto, moto ☐ Autre, indiquez la nature du contrat : _____

Numéro de contrat : _____

Nom de l'employeur (pour un contrat collectif santé - prévoyance) : _____

Etat civil du demandeur

Nom, Prénom : _____ Nom de jeune fille : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Date de Naissance : __/__/____

e.mail : _____ Tél : __/__/__/__/____ Situation

de famille* : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐

Pacsé(e) ☐ Concubin(e)

Etes-vous en arrêt de travail* : ☐ non ☐ oui Depuis le __/__/____

Etes-vous* : ☐ Salarié ☐ Retraité ☐ Autre : _____ Nom

et adresse de l'employeur ou du dernier employeur : _____

Etes-vous propriétaire de votre logement ? OUI / NON

Nombre de personnes à charge : ____

Etat civil et situation du Conjoint – Pacsé – Concubin

Nom, Prénom : _____ Nom de jeune fille : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Date de Naissance : __/__/____

Date de décès du conjoint : __/__/____

Est-il* : ☐ Salarié ☐ Retraité ☐ Autre : _____

Nom et adresse de l'employeur ou du dernier employeur : _____

Personnes à charges

Nom Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Vivant au foyer (oui-non)

* : Cochez la case correspondante

Réf : 2016.09

Ressources annuelles

	Demandeur	Conjoint(e)/ Concubin(e)	Personnes à charges
Revenus • Salaire • Allocations chômage • Autres			
Sécurité Sociale • Indemnités journalières • Rente invalidité • Rente de conjoint • Pension de retraite			
Retraites complémentaires			
Autres ressources • Revenus locatifs • Allocation handicapée • Revenus mobiliers • Pension alimentaires • Rente Accident du travail • Autres : _____ _____ _____			
Aides exceptionnelles versées par d'autres organismes : Nom des organismes : _____ _____ _____			
Total			

Principales dépenses annuelles

	Demandeur	Conjoint(e)/ Concubin(e)	Personnes à charge
Logement • Loyer (hors charges) • Charges locatives • Remboursement emprunt immobilier • Charges de copropriété • Autres : _____			
Autres charges • Impôts • Chauffage • EDF/GDF • Eau • Téléphone • Crédit • Assurances • Autres : _____			
Dépenses exceptionnelles _____ _____ _____			
Total			

Précisions complémentaires en rapport avec l'objet de la demande d'aide

NB : Seules les dépenses engagées dans les 12 mois précédents la date de la présente demande pourront faire l'objet d'une demande d'aide.

Explication détaillée justifiant la demande de fonds d'intervention (Situation sociale initiale, évènement aggravant en relation avec l'objet du contrat et situation actuelle) :

Situation médicale (état de santé, type de handicap...) : _____

Une autre demande d'aide a-t-elle été déposée auprès d'autres organismes pour le même motif : o

Oui Lesquels ?

Résultats : _____ o

Non

Réf : 2016.09

Loi informatique et liberté.

Le traitement de données a été déposé auprès de la CNIL sous le numéro 1981077.

Je certifie exacts les renseignements portés sur ce questionnaire.

J'autorise l'association AXA Entraide à collecter les données me concernant, y compris les données de santé le cas échéant (*voir paragraphe collecte des données de santé*), qui sont nécessaires à la finalité du traitement.

Je reconnais, conformément à l'article 32 de la loi du 6 Janvier 1978, être informé par l'association, en sa qualité de responsable de traitement :

- que les réponses aux questions qui me sont posées et que l'envoi des justificatifs demandés sont obligatoires et qu'en cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à mon égard peuvent être le rejet de la demande d'aide,
- que la finalité du traitement est l'instruction d'une demande d'aide et que les destinataires des données me concernant sont principalement les membres du comité du fonds d'entraide qui statuent sur ces demandes d'aide,
- que pour exercer mon droit d'accès et de rectification sur l'ensemble des données me concernant, je peux écrire à :

AXA Entraide
Secrétariat général d'AXA France
313 Terrasses de l'Arche, 92727 Nanterre cedex

Collecte des données de santé :

Lorsque votre demande d'aide est faite pour permettre l'administration de soins ou pour un suivi social ou médico-social, vous pouvez nous communiquer les données de santé utiles à l'instruction de votre demande d'aide, en les adressant sous pli confidentiel à l'adresse suivante :

AXA Entraide
A l'attention du Médecin-Conseil
Secrétariat général d'AXA France,
313 Terrasses de l'Arche, 92727 Nanterre cedex

Date : __/__/____

Signature

Chaque demande doit être accompagnée de :

- **Justificatifs de revenus :**
- La copie complète du dernier avis d'imposition ou de non-imposition des revenus,
- La copie du dernier bulletin de salaires et/ou des derniers justificatifs de rentes, pensions, allocations familiales, APL, PAJE...
- **Justificatifs de charges courantes :**
- Quittance de loyer ou tableau d'amortissement du crédit Immobilier et charges de copropriété,
- Factures d'eau, électricité, assurances, téléphone, crédits divers...
- **Toute pièce justifiant la demande d'intervention ou la situation exceptionnelle**, en particulier :
- Justificatifs des dépenses exceptionnelles : devis, factures
- Le cas échéant : notification Sécurité Sociale de mise en invalidité, CDAPH, décompte de Sécurité Sociale, Mutuelle...
- Rapports d'assistantes sociales, de police, d'expert...

NB : les éventuelles données à caractère médical doivent être adressées au Médecin Conseil (voir adresse cidessus)

Réf : 2016.09