Mutuelle GSMC
santé • prévoyance • retraite

Demande d'intervention du fonds d'action sociale

Le fonds social de la mutuelle peut être sollicité, sous conditions, par tout adhérent devant faire face à des dépenses de santé ou liées au handicap dépassant ses possibilités financières. L'adhérent doit être à jour de sa cotisation mutualiste et justifier d'au moins un an d'adhésion (sauf contrat collectif) au moment des soins concernés. L'intervention du fonds social consiste exclusivement en une participation financière sur des prestations de santé ou liées au handicap. Aucun remboursement de cotisations mutualistes ne peut être accordé au titre du fonds social.

Identification (Tous les champs sont obligatoires)

N° d'adhérent GSMC
(figurant sur la carte de mutuelle) _____

Nom et prénom du souscripteur _____

Date de naissance JJ MM AAAA

Adresse du bénéficiaire _____

Code postal _____ Ville _____

Courriel _____

Téléphone mobile _____

Quelle est votre situation familiale ?

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Vie maritale ☐ Veuf(ve) ☐ Orphelin(e)

Activité professionnelle _____

Nom de l'employeur (si vous bénéficiez des garanties du contrat mis en place par votre employeur) _____

Composition familiale (nombre de parts fiscales)

Nombre d'enfants à charge _____ Age des enfants à charge _____ _____ _____

Si divorcé(e)/séparé(e), garde des enfants ☐ Totale ☐ Garde alternée ☐ Pas la garde

Etes-vous

☐ Propriétaire de votre logement ☐ Locataire ☐ Usufruitier ☐ Hébergé à titre gratuit

Le motif détaillé de votre demande (si nécessaire, vous pouvez utiliser une feuille annexe)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Les aides exceptionnelles que vous avez sollicitées

Avez-vous sollicité une aide auprès d'autres organismes (MDPH, AGEFIPH, CAF, Organisme Complémentaire, ANAH, ...) ?

☐ Oui, lesquelles : _____ ☐ Non

Une aide vous a-t-elle été accordée ? ☐ Oui ☐ Non

Les ressources de votre foyer

Nature des ressources	Montant mensuel perçu par		
	Le demandeur	Le conjoint, partenaire, concubin	Les autres personnes du foyer
Revenus du travail (salaires, BIC / BNC, autres…)	_____ €	_____ €	_____ €
Allocations et prestations sociales	_____ €	_____ €	_____ €
Retraite obligatoire, complémentaire ou assimilées	_____ €	_____ €	_____ €
Prestations versées par la Sécurité Sociale (hors IJ) ou la Caisse l'Allocations familiales	_____ €	_____ €	_____ €
Revenus mobiliers et immobiliers	_____ €	_____ €	_____ €
Indemnités journalières et/ou rentes (incapacité/invalidité) SECU ou prévoyance	_____ €	_____ €	_____ €
Autres ressources (Préciser nom et montant ci-contre) : _____	_____ €	_____ €	_____ €
Total des ressources	**_____ €**	**_____ €**	**_____ €**

Les charges de votre foyer

Principales charges mensuelles	Le demandeur	Le conjoint, partenaire, concubin	Les autres personnes du foyer
Loyer et charges locatives	_____ €	_____ €	_____ €
Prêts immobiliers en cours	_____ €	_____ €	_____ €
Autres crédits en cours (crédit auto, consommation, …)	_____ €	_____ €	_____ €
Pensions alimentaires versées	_____ €	_____ €	_____ €
Charges courantes (energies, eau, assurance, impôts, dépenses scolaires…)	_____ €	_____ €	_____ €
Autres charges significatives (préciser) :	_____ €	_____ €	_____ €
Total des charges	**_____ €**	**_____ €**	**_____ €**

Les pièces justificatives à joindre impérativement à votre demande

- ☐ Copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus du demandeur, son conjoint, membre du foyer
- ☐ Si les revenus actuels sont différents de l'avis d'imposition ou si des revenus sont non imposables, joindre les justificatifs des revenus actuels (salaire, indemnités journalières, indemnisation chômage, pension d'invalidité, …)
- ☐ Quittance de loyer ou échéancier du prêt immobilier
- ☐ Devis ou facture des soins faisant l'objet de la demande (tout justificatif relatif aux autres financements sollicités (SECU, autre mutuelle, crédit à la consommation, action sociale, MDPH, AGEFIPH, etc…)

IMPORTANT : Pour les prestations dentaires, optiques, audioprothèses, fauteuils roulants et prothèses capillaires : Le justificatif établi par un professionnel de santé motivant l'impossibilité de recourir au dispositif « 100 % Santé».

La Mutuelle pourra solliciter tout document qui lui paraitra utile à l'instruction du dossier.

Modalités pratiques

Ce formulaire et vos justificatifs doivent être adressés par mail à entraide@mutuellegsmc.fr ou par courrier à la Mutuelle GSMC - Section d'entraide - 95 rue de Jemmapes 59800 LILLE

Fait à : _____ Le : _____

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués dans ce dossier et j'ai pris connaissance qu'en cas de fausse déclaration ou d'omission, la Commission d'action sociale peut exiger le remboursement des sommes qu'elle m'aurait versées.

☐ **Je consens expressément au traitement par GSMC de mes données de santé afin d'examiner et de gérer ma demande d'action sociale.**

GSMC, responsable du traitement, traite ces données sur la base de votre consentement. Elle réserve l'accès à ces données à ses seuls services habilités et les conserve pendant la durée nécessaire au traitement de la demande, sous réserve des durées légales applicables. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment et exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation et de portabilité auprès du Délégué à la protection des données : GSMC – 95 rue de Jemmapes, 59800 Lille. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL sur www.cnil.fr. Pour en savoir plus, consultez notre politique de confidentialité.

Signature du demandeur

Mutuelle GSMC
Siège social : 95 rue de Jemmapes - 59800 Lille - Tél. : 03 20 82 82 26
www.mutuelle-gsmc.fr Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité - SIREN n°324 310 614 TVA intra-communautaire : exonération article 261C du C.G.I.

Mutuelle GSMC
santé • prévoyance • retraite