ACTION SOCIALE / Formulaire n° 1

Cadre réservé à la comptabilité du Siège

Pièce n°

Demande d'aide financière/ENTRAIDE SECTIONS
Adhérents Mutuelle Saint-Martin au contrat culte

☐ J'atteste sur l'honneur avoir informé l'adhérent concerné par cette demande que ses données de santé - remplies dans ce formulaire - seront traitées sur la base d'intérêt légitime (art. 6.1.f et 9.2.g du RGPD) pour l'évaluation d'une demande d'entraide et que ces données seront consultées par moi-même, en tant que secrétaire de section, par les membres des Commissions de la MSM-AS et par toutes autres personnes strictement nécessaires au processus d'évaluation et d'aide. J'atteste que cet adhérent a été informé de ses droits RGPD (accès, rectification, opposition, etc.) et des coordonnées du Délégué à la Protection des Données (DPO).

Renseignements concernant le bénéficiaire

Nom

Prénom

Date de naissance

NNI

Adresse

Caisse de Régime Obligatoire

Section MSM n°

Institut ou Diocèse n°

Type de contrat culte ☐ Collectif ☐ Individuel ☐ Régime particulier ☐ CSC

Garanties MSM souscrites

Objet de la demande

1 formulaire par objet

Vous faites appel à l'Entraide Sections pour :

- ☐ Optique
- ☐ Prothèse dentaire
- ☐ Prothèse auditive ☐ 1er achat ☐ renouvellement
- ☐ Pharmacie
- ☐ Fourniture d'hygiène
- ☐ Appareillage spécial
- ☐ Transport médical
- ☐ Chambre particulière
- ☐ Soins non remboursables
- ☐ Dépassement d'honoraires
- ☐ Autres *(à préciser) :*

Frais et participations (en €)

Date de la facture

Frais réels*

Remboursement du Régime Obligatoire*

Remboursement Mutuelle Saint-Martin*

Participation du FASS*

Participations autres caisses*

Participation du Diocèse ou de l'Institut*

Reste à charge 0,00 €

** L'adhérent transmet les justificatifs à la Section qui doit les conserver obligatoirement dix ans sans les envoyer au Siège.*

Document non contractuel

→

Engagement de la Section

« Je soussigné(e)

certifie que la demande est conforme aux documents examinés par le Comité de Gestion et demande la mise en paiement par le Siège de la Mutuelle Saint-Martin Action Sociale.»

Fait le

à

Signature du Président de Section ou de son Délégué

Décision du Comité de Gestion

Dossier examiné le

Montant de l'aide à attribuer €

N'oubliez pas de joindre obligatoirement un RIB [comportant un code IBAN et BIC] pour le versement de l'aide à attribuer

Contrôle du Service Médical et de l'Action Sociale de la Mutuelle Saint-Martin

Date

Accord Montant €

Instance Motif

Refus Motif

Cadre réservé à la comptabilité du Siège

Vos données personnelles sont destinées exclusivement à la Mutuelle Saint-Martin ainsi qu'à ses prestataires participant à la gestion de votre contrat. Elles sont conservées pendant toute la durée nécessaire au service de gestion telle que prescrite par les lois applicables en la matière. A ce titre, les données collectées sont obligatoires pour nous permettre de vous fournir le service. Conformément aux dispositions de la loi informatique et libertés modifiée du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de la portabilité de vos données à caractère personnel, ainsi que du droit d'organiser des directives sur le sort de vos données personnelles après votre décès. Pour l'exercice de ces droits, veuillez écrire au Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle Saint-Martin, 3 rue Duguay-Trouin, 75280 Paris cedex 06 - dpo@mutuellesaintmartin.fr.

msmas/id/as_culte_form1_entraide sections_p4_20261005

MUTUELLE SAINT-MARTIN ACTION SOCIALE
Régie par le code de la Mutualité • SIREN n°537 676 280
3 rue Duguay-Trouin - 75280 Paris Cedex 06 • Tél : 01 42 22 89 24
www.mutuellesaintmartin.fr

Document non contractuel

AS mSm Action Sociale