AG2R LA MONDIALE
Santé

EnVisages
La Complémentaire Santé du Commerce Alimentaire de Proximité

Demande d'intervention sociale

Fonds social santé des salariés

Convention Collective Nationale du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers

Vous êtes en situation de détresse suite à un grave problème de santé qui engendre des frais exceptionnels (non pris en charge par le régime général ou avec un reste à charge important) qui déséquilibrent votre budget ?
Vous pouvez obtenir une aide exceptionnelle !

Pour cela, complétez et renvoyez le formulaire de demande d'intervention sociale accompagné de l'ensemble des documents justificatifs.

La commission nationale paritaire de votre profession examinera avec bienveillance votre situation et se mobilisera pour vous apporter le meilleur soutien possible.

Le panorama des aides :

- Reste à charge important sur des soins de santé.
- Participation à l'acquisition des équipements spécifiques aux personnes handicapées ou invalides.
- Aides aux frais de déplacements occasionnés par l'hospitalisation d'un proche.
- Autres dépenses liées aux soins de santé.

Retour du document : AG2R LA MONDIALE
Direction des accords de branches
Fonds social santé CCN Envisages
151-155 rue de Bercy
75012 PARIS

Demandeur

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Nom de naissance : _____ Date de naissance : __ __ __ __ __ __ __ __

Adresse : _____

Code postal : __ __ __ __ __ Ville : _____

Tél.domicile : __ __ __ __ __ __ __ __ __ Portable : __ __ __ __ __ __ __ __ __

Courriel : _____

N° de Sécurité sociale : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Emploi : _____

Date d'entrée dans l'entreprise : __ __ __ __ __ __ __ __

Nom et adresse de l'entreprise : _____

Avez-vous souscrit à titre individuel à un régime surcomplémentaire facultatif, si oui lequel ?

☐ Option ☐ Option 2 ☐ Option 3

Motif de votre demande

Documents à joindre

- ☐ Dernier bulletin de paie
- ☐ Dernier avis d'imposition
- ☐ Ensemble des documents justifiant la demande d'intervention (reste à charge, factures, devis, décomptes, etc.)
- ☐ RIB (relevé d'identité bancaire)

Fait à _____ le __ __ __ __ __ __ __ __

Signature **obligatoire** du salarié

Partie reservée à la commission nationale paritaire

Date de réception du dossier : _____

Date de présentation du dossier : _____

Décision de la commission paritaire : _____

Montant versé : _____

Fait à _____ le __ __ __ __ __ __ __ __

Signature **obligatoire** du Président de la Commission nationale paritaire

Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre demande par AG2R Prévoyance. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, ces informations pourront, sauf opposition de votre part, être communiquées aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE et à leurs partenaires aux fins de vous informer de leurs offres de produits ou de services. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui vous concernent, sur simple courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des risques - Conformité, 104-110 Bd Haussmann 75379 PARIS CEDEX 08

112019-86403