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

S'agit-il d'un contrat santé et ou prévoyance souscrit par votre employeur : o Oui o Non
Si oui, nom de la Société *qui a souscrit le contrat :* _____
Numéro de contrat : _____

Veuillez remplir et retourner ce dossier accompagné des pièces demandées à l'adresse suivante :

AXA Entraide, TSA 46307 - 95 901 Cergy Pontoise Cedex 9

Chaque dossier doit être accompagné de :

- ***Relevé d'Identité Bancaire***

- ***Justificatifs de revenus*** *:*
  - La copie complète **du dernier** avis d'imposition ou de non-imposition des revenus,
  - La copie des deux derniers bulletins de salaires et/ou indemnités journalières de la CPAM et de la prévoyance, pension de retraite et complémentaire, rente d'invalidité, allocations de chômage, pensions,
  - Allocations familiales, APL, PAJE, allocation handicap, etc..

- ***Justificatifs de charges courantes :***
  - Quittance de loyer ou tableau d'amortissement du crédit Immobilier et charges de copropriété,
  - Factures d'eau, électricité, gaz, assurances habitation, auto, prévoyance, téléphone, chauffage, crédits divers,
  - Taxe d'habitation et impôts fonciers,

- ***Toute pièce justifiant la demande d'intervention ou la situation exceptionnelle****, en particulier :*
  - Justificatifs des dépenses exceptionnelles : devis, factures,
  - Estimations et/ou remboursements de la mutuelle et de la Sécurité Sociale,
  - Le cas échéant : notification Sécurité Sociale de mise en invalidité, CDAPH,
  - Rapports d'assistantes sociales, de police, d'expert…

NB : les données à caractère médical doivent être uniquement adressées au Médecin Conseil (voir adresse ci-après)

Etat civil du demandeur

Nom, Prénom : _____ Nom de jeune fille : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Date de Naissance : _ _ /_ _/_ _ _ _
e.mail : _____ Tél : ___/___/___/___/___

Situation de famille* : o Célibataire o Marié(e) o Veuf(ve) o Séparé(e) o Divorcé(e)
o Pacsé(e) o Concubin(e)

Etes-vous en arrêt de travail* **:** **o non** **o oui** Depuis le _ _ /_ _ /_ _ _ _
Etes-vous* : o Salarié o Retraité o 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* : o Salarié o Retraité o 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)

Ressources annuelles

	Demandeur	Conjoint(e)/ Concubin(e)	Personnes à charges
Revenus • Salaire • Allocation chômage • Allocations familiales • Pension alimentaire • Pension militaire • Autres :			
Sécurité Sociale • Indemnités journalières • Indemnité de prévoyance • Rente invalidité, • Rente accident du travail • Rente de conjoint • Pension de retraite et complémentaire			
Retraites complémentaires			
Autres ressources • Revenus locatifs • Allocation handicapée • Revenus mobiliers • 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 sur les revenus • Taxe d'habitation et Impôts fonciers • Chauffage • Electricité, Gaz • Chauffage • Eau • Téléphone • Crédit • Assurances habitation, auto, prévoyance, etc. • 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.

Les actes proposés dentaire, optique et ou appareils auditifs, sont-ils dans le panier RAC0/maitrisé (offre 100 % santé) ?

o Oui **o Non**

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

_____
_____
_____
_____
_____

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

o Oui Lesquels ? **o Non**

Résultats : _____

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**