

DEMANDE D'AIDE SUPPLÉMENTAIRE AUX PRESTATIONS LÉGALES DE PRÉVOYANCE



Identité du demandeur

Numéro de sécurité sociale :

Numéro de pension Enim :

Date de naissance : / /

Nom et Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone *(facultatif)* :

Email *(facultatif)* : @

Situation de famille

Célibataire

Divorcé(e)/Séparé(e), depuis le / /

Marié(e)/Pacsé(e)/Concubin(e), depuis le / /

Veuf(ve), depuis le / /

Identité du conjoint(e) ou du partenaire

Nom et Prénom :

Date de naissance : / / Profession :

Numéro de sécurité sociale :

Autres personnes vivant au foyer

Nom et Prénom	Profession ou situation	Date de naissance	Lien de parenté
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DEMANDE D'AIDE SUPPLÉMENTAIRE AUX PRESTATIONS LÉGALES DE PRÉVOYANCE



Mode de logement

Propriétaire
 Locataire
 Foyer logement
 Autre : _____

Charge à déduire

Pension alimentaire versée (à justifier) : _____

Ressources mensuelles

Sont pris en considération tous les revenus perçus par le foyer (montants avant abattements imposables et non imposables)

	Vous	Droit : P = personnel R = réversion	Votre conjoint(e) / partenaire	Enfant ou autre personne résident au foyer
Salaire	_____	_____	_____	_____
Indemnités journalières	_____	_____	_____	_____
Complément employeur ou prévoyance	_____	_____	_____	_____
Pension Enim	_____	_____	_____	_____
Retraites autres régimes à détailler (1)	_____	_____	_____	_____
Retraites complémentaires à détailler (1)	_____	_____	_____	_____
Allocation Pôle emploi / RSA / prime d'activité	_____	_____	_____	_____
Allocation adulte / enfant handicapé	_____	_____	_____	_____
Revenus fonciers et/ou mobiliers	_____	_____	_____	_____
Pension alimentaire reçue	_____	_____	_____	_____
Autres revenus	_____	_____	_____	_____
TOTAL	_____	_____	_____	_____

(1) Veuillez préciser l'origine de vos ressources : CARSAT, MSA, ARRCO, IRCANTEC...

Pour vos régimes de retraites, veuillez indiquer le nombre de trimestres validés.

Vous trouverez ces informations sur vos notifications de retraite.

DEMANDE D'AIDE SUPPLÉMENTAIRE AUX PRESTATIONS LÉGALES DE PRÉVOYANCE



Renseignements complémentaires pour l'aide supplémentaire aux prestations légales de prévoyance

Origine de la dépense :

- Dentaire
 Prestations ou frais hospitaliers non remboursables (hors forfaits journaliers)
 Transports non remboursables
- Appareil auditif
 Fournitures médicales non remboursables
 Autres : _____
- Optiques

Couverture complémentaire :

Êtes-vous adhérent à une mutuelle complémentaire ? Oui Non

Nom et adresses de la mutuelle complémentaire : _____

Montant du remboursement de la mutuelle complémentaire *(joindre le(s) justificatif(s))* : _____

Êtes-vous adhérent à la Complémentaire Santé Solidaires (ex CMU-C ou ACS) ? Oui Non

Si Oui, précisez depuis quelle date : / /

Montant des frais engagés : _____

En cas de versement à un tiers, rubrique à compléter par le demandeur

Je soussigné : _____,

autorise *(précisez le nom et qualités)* : _____

à percevoir pour mon compte le versement direct du montant de la participation qui m'est allouée par l'Enim.

ENGAGEMENT

Je soussigné(e) *(nom et prénom(s) du signataire)*

m'engage à :

- signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint et de tout changement de domicile
- régler à l'Enim les sommes éventuellement versées à tort
- faciliter toute enquête.

Je certifie sur l'honneur l'authenticité des pièces et des renseignements fournis.

Fait à _____ le / /

Signature obligatoire :

DEMANDE D'AIDE SUPPLÉMENTAIRE AUX PRESTATIONS LÉGALES DE PRÉVOYANCE



LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR IMPÉRATIVEMENT

- L'imprimé de demande dûment complété et signé
- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Si la dépense est déjà engagée : la facture acquittée (original en cas de non remboursement par la caisse de sécurité sociale)
- Si la dépense n'est pas engagée : un devis détaillé
- Le(s) justificatif(s) de remboursement de la mutuelle complémentaire ou l'attestation précisant la non prise en charge
- L'avis des sommes à payer pour les soins réalisés dans des établissements publics
- La prescription médicale originale (uniquement pour les actes non pris en charge par la caisse de sécurité sociale)
- La lettre de refus de prise en charge de la caisse de sécurité sociale (uniquement pour les actes non pris en charge par la caisse de sécurité sociale)
- En cas de règlement à un tiers : le RIB du prestataire comportant les codes BIC et IBAN

L'Enim se réserve le droit de demander toute pièce justificative estimée nécessaire à l'étude du dossier.

LE DOSSIER COMPLET EST À RETOURNER À L'ADRESSE SUIVANTE :

Enim - Département des politiques sociales maritimes de l'action sanitaire et sociale et des préventions (DPAP)
27 quai de Solidor
CS 31854
35418 Saint-Malo Cedex
action.sociale@enim.eu