

Action sociale

Aides et accompagnement solidaires

P AIDE SOL - 122024

Demande de prestation

MGEN. Première mutuelle des agents du service public



Motif de la demande

- Soins ou frais de santé (si votre demande concerne des frais de santé: fournir la prescription médicale)
- Situation de handicap ou dépendance (si votre demande concerne des frais d'aménagement ou d'équipement fournir les justificatifs des aides extérieures perçues: MDPH, fonds de compensation du handicap, ANAH...)
- Situation sociale ou familiale exceptionnelle (fournir les factures impayées)
- Problématiques administratives
- Aide à domicile (si votre demande concerne une prise en charge d'aide à domicile veuillez contacter directement MGEN Services au 09 72 72 27 28)
- Événement sensible ou situation exceptionnelle (catastrophe naturelle...)

Précisez le motif de votre demande dans l'encadré ci-dessous (pour rappel, du personnel non médical pourra avoir accès aux informations que vous nous soumettez).

- Je souhaite être rappelé par un élu pour m'aider à compléter mon dossier.*

Pièces justificatives nécessaires à fournir selon votre situation pour le traitement de la demande

- ⊕ Dernier avis d'imposition ou de non imposition du foyer ;
- ⊕ Bulletin de salaire, de pension ou d'allocation chômage ;
- ⊕ Extraits de compte bancaire des 3 derniers mois ou justificatifs des charges mensuelles courantes ;
- ⊕ Devis ou factures motivant la demande ;
- ⊕ Prescription médicale (si la demande concerne des frais de santé) ;
- ⊕ Justificatifs des aides extérieures perçues (si la demande concerne des frais engagés pour compenser une situation de handicap ou de dépendance) ;
- ⊕ RIB ;
- ⊕ Toute autre pièce justifiant la demande.

Vous avez la possibilité de fournir un courrier expliquant votre situation et les raisons de votre demande.

Déclarant (à compléter si le déclarant est différent du demandeur)

NOM - Prénom : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Lien avec l'adhérent : _____

Adresse mail du déclarant : _____

 Je certifie l'exactitude de la présente déclaration.**Fait à** _____**le**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature du demandeur ou du déclarant :

Les données collectées dans le cadre du présent questionnaire sont traitées par MGEN en sa qualité de responsable de traitement. Vos données, y compris vos données de santé, sont nécessaires pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat et notamment pour bénéficier d'une prestation incluse dans votre offre ou une aide financière ponctuelle dans le cadre de l'Action Sociale, le cas échéant via son service médical. En aucun cas vos données de santé ne sont traitées à des fins d'exclusion de garanties de contrats d'assurance et de modification de cotisations ou de primes d'assurance. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de portabilité de vos données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données vous concernant. Vous disposez également du droit de décider du sort de vos données après votre décès.

Toute demande d'exercice de vos droits peut être envoyée par courrier postal à l'adresse : MGEN - Protection des données - 6 bis avenue Joseph Rollo - 78320 La Verrière ou à la page : <https://www.mgen.fr/mes-donnees>. Un justificatif d'identité pourra vous être demandé le cas échéant. Le DPO peut être contacté à l'adresse suivante : MGEN - Data Protection Officer - 3 square Max Hymans 75748 PARIS Cedex 15

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

MGEN, n° 775 685 399, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, 3 square Max-Hymans - 75748 Paris cedex 15.

