

# Demande d'intervention sociale

## Fonds social santé des salariés

Convention Collective Nationale des entreprises artisanales de  
la Boulangerie et Boulangerie-Pâtisserie

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 attention votre situation et se mobilisera pour vous apporter le soutien que vous demandez.

### 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 Boulangerie artisanale  
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 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Motif de votre demande, joindre un courrier séparé à l'attention des membres de la Commission paritaire, expliquant et motivant 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 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Signature <b>obligatoire</b> du salarié										

## Partie réservée 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 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Signature <b>obligatoire</b> 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