

FONDS D'ACTION SOCIALE CARDIF
FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE SOCIALE

Soucieux d'accompagner au mieux les personnes les plus vulnérables, BNP Paribas Cardif met en place un Fonds d'Action Sociale destiné à aider ses client(e)s en situation de fragilité sur le plan personnel, financier, social, ou sanitaire.

Par client(e), on entend : souscripteur(trice), adhérent(e), assuré(e).

Pour toute demande d'information vous pouvez nous contacter au : 01 41 42 61 66 appel non surtaxé, du lundi au vendredi de 08h45 à 18h00.

Pour effectuer votre demande d'aide sociale, merci de compléter et d'envoyer le formulaire ci-dessous, accompagné des documents demandés, à l'adresse suivante :

BNP Paribas Cardif – SERVICE PREVOYANCE
COMMISSION DU FONDS D'ACTION SOCIALE
8, rue du Port
92728 NANTERRE cedex

Les informations demandées sont à usage strictement confidentiel pour la gestion nécessaire à l'instruction du dossier.

1. Informations concernant le/la client(e) :

Madame Monsieur

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse postale :

Adresse e-mail :

Numéro de téléphone :

Nom du contrat :

Référence du contrat :

N° d'adhérent / N° de souscripteur :

2. Demande d'aide sociale Cardif :

2.1. La demande d'aide sociale concerne-t-elle le/la client(e) ou une autre personne ?

Le/La client(e) L'Epoux(se), le/la partenaire de pacs, ou l'enfant (uniquement dans le cas d'une maladie rare*)

Nom Prénom

Lien de parenté avec le/la client(e)

2.2. Situation du/de la client(e) :

Marié(e) Pacsé(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf/Veuve Concubin(e)

Nombre d'enfants à charge :

Salarié(e) TNS(Travailleur Non Salarié) Retraité(e) Sans emploi Étudiant(e)



Autre :

En situation d'invalidité

Êtes-vous imposable au titre de l'impôt sur le revenu ? oui non

Revenu fiscal de référence du foyer, année N-1 (montant brut annuel en euros) :
(Ligne 25 de l'avis d'imposition)

2.3. Nature de l'aide sociale demandée :

Aide financière : capital versé en cas de survenance d'un sinistre ou d'un évènement non couvert par les garanties du contrat d'assurance.

Prise en charge de frais liés à une situation particulière (frais de déplacement, nuitées d'hôtel, appareils médicaux, aide psychologique, retour à l'emploi, auxiliaire de vie scolaire pour les enfants atteints d'une maladie rare*).

En lien avec une maladie rare* :

**Maladie rare : moins d'1 personne sur 2000 touchée*

En lien avec une maladie :

En lien avec un accident :

Nature de la dépense :

Montant de la dépense :

Description des motifs et circonstances de la demande d'aide sociale :

Documents à transmettre (copie) :

- Carte Nationale d'Identité (CNI) du client et de l'époux(se), du partenaire de PACS ou de l'enfant en cas de maladie rare,
- Dernier avis d'imposition du foyer fiscal,
- Pour les 3 derniers mois : fiche de paie ou justificatifs Pôle Emploi ou justificatifs d'indemnités journalières Sécurité Sociale,
- Carte d'invalidité le cas échéant,
- Notification d'attribution des prestations familiales,
- Justificatifs relatifs aux frais souhaitant être pris en charge (factures acquittées ou devis),
- RIB (Relevé d'Identité Bancaire) du client,
- Tout autre justificatif en lien avec la demande (justificatif médecin en cas de maladie rare, ...),
- Formulaire de recueil ci-joint de consentement des données de santé complété et signé.

Identité de la personne qui réalise la demande d'aide sociale :

Nom / Prénom(s) :

Fait à :

Le :

Signature :



**FORMULAIRE DE RECUEIL DU CONSENTEMENT DU CLIENT
AU TRAITEMENT DE SES DONNÉES DE SANTÉ**

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la demande d'aide au Fonds d'Action Sociale, BNP Paribas Cardif, en qualité de responsable de traitement, collecte et étudie des données qui révèlent des informations sur votre état de santé.

Vous trouverez ci-après des précisions concernant les modalités de traitement de vos données de santé :

- **Données collectées :**

Il s'agit de toutes les données de santé collectées au travers des différents documents demandés par BNP Paribas Cardif (documents médicaux, pièces justificatives, etc.) lors de la demande d'aide au Fonds d'Action Sociale.

- **Finalités des traitements :**

Vos données de santé sont nécessaires à BNP Paribas Cardif pour l'étude de votre demande d'aide sociale.

- **Destinataires de vos données de santé :**

Les destinataires ayant accès à vos données de santé sont des personnes habilitées et agissant dans le cadre de leurs attributions.

- **Droit de retrait du consentement :**

Vous pouvez retirer votre consentement au traitement de vos données de santé, à tout moment, en adressant une demande à :

BNP Paribas Cardif – DPO
8, rue du Port, 92728 Nanterre Cedex-France
OU
data.protection@cardif.com

Toutefois, nous vous informons que le retrait de votre consentement est susceptible d'empêcher l'analyse de votre demande et la prise de décision de l'attribution de l'aide sociale.

Pour toute information complémentaire, notamment sur les droits dont vous disposez, vous pouvez consulter la clause «Informatique et libertés» de votre contrat ou la Notice sur la protection des données de BNP Paribas Cardif, disponible à l'adresse suivante : <https://www.cardif.fr/notice-protection-des-donnees>

J'accepte expéressément que des données sur mon état de santé, ou celui de mon/ma conjoint(e) ou de mon enfant, soient collectées et traitées par BNP Paribas Cardif afin de permettre la prise de désicion sur une aide financière dans le cadre du Fonds d'Action Sociale.

Nom et prénoms :

Date :

Signature :

