

Demande simplifiée

CONFIDENTIEL

● RETRAITE COMPLEMENTAIRE

agirc et arrco

Cadre réservé au service

Dispositif d'urgence COVID 19 - DIS COV N°

Date de réception :

Date de fin de traitement :

Préambule : les informations demandées dans le présent formulaire sont indispensables à l'étude du dossier, il est rappelé que les aides sont facultatives, ponctuelles et étudiées au cas par cas. Toute demande donnera lieu à une réponse écrite.

1 - Le demandeur (Écrire en lettres majuscules et en noir)

actif chômeur⁽¹⁾ retraité autre, précisez : _____

NOM DE NAISSANCE : _____ PRÉNOM : _____

NOM MARITAL : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL [] [] [] [] [] [] VILLE : _____

E-MAIL : _____

TÉL. PERS : _____ PROF : _____ PORTABLE : _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE [] clé [] [] []

célibataire marié(e) divorcé(e) séparé(e) PACS vie maritale
à quelle date ? _____

veuf(ve) Nom du conjoint décédé(e) : _____

Prénom du conjoint décédé(e) : _____

Date de décès du conjoint (e) : []

N° de sécurité sociale du conjoint décédé(e) []

ou à défaut date de naissance du conjoint décédé []

2 - Le conjoint actuel

actif chômeur retraité autre, précisez : _____

NOM DE NAISSANCE : _____ PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE [] clé [] [] []

3 - Autres personnes vivant à votre domicile

NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	PROFESSION OU AUTRE SITUATION

4 - Avez-vous des proches qui vous soutiennent ? oui non

À l'inverse, aidez-vous des proches ? oui non

5 - Aides exceptionnelles sollicitées (au cours des 12 derniers mois)

ORGANISME	EN COURS	REFUSÉES	ACCORDÉES		
			DATE	MOTIF DE L'AIDE	MONTANT
Centre communal d'Action sociale ou Mairie					
Conseil Départemental					
Sécurité sociale					
Pôle emploi					
Institution de retraite complémentaire (nom) : _____					
Mutuelle ou prévoyance					
Comité d'entreprise					
Autres organismes (précisez) : _____					

6 - Motif de votre demande (Ne pas mentionner d'informations liées à votre état de santé ou celles de vos proches)

7 - Photocopies des pièces à joindre à votre demande

- 1 Trois derniers bulletins de salaire ou revenus du demandeur dont l'un impacté par la baisse de rémunération
- 2 Dernier relevé de compte bancaire du foyer
- 3 Relevé d'Identité Bancaire au nom du demandeur
- 4 Documents justificatifs des dépenses exceptionnelles (facultatif).

Détenez-vous un mandat social de votre entreprise ? oui non

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans ce dossier sont exacts et ne pas disposer de ressources financières me permettant de faire face à mes difficultés et de ne pas avoir bénéficié des autres dispositifs d'aide (Région, CRP, DG FIP....).

Une seule demande sera recevable par foyer auprès des institutions de retraite complémentaire Agirc et Arrco.

DATE : _____ SIGNATURE (obligatoire)

À retourner à :



« Toute fausse déclaration sur l'honneur ou tout envoi de faux documents est passible de poursuites devant les juridictions civiles et pénales (articles 441-1, 441-7 et 313-1 du Code pénal) ».

« Les institutions de retraite complémentaire sont tenues, ainsi que l'ensemble de leur personnel, au secret professionnel, à l'obligation de discrétion et à l'obligation de confidentialité pour l'ensemble des informations auquel elles ont accès ».

« Les informations recueillies à partir de vos réponses font l'objet d'un traitement informatique. Elles sont destinées au service de l'action sociale de votre institution de retraite complémentaire AGIRC - ARRCO en vue de l'étude de votre demande d'intervention sociale. Vos réponses sont nécessaires à l'instruction de votre dossier ».

La loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification de vos données, que vous pouvez exercer auprès du service de votre institution de retraite complémentaire en charge de la protection des données ou bien auprès du service juridique du GIE AGIRC - ARRCO, 16-18 rue Jules César, 75012 Paris (protection_des_donnees@agirc-arrco.fr).