

**DEMANDE DE RECONNAISSANCE DU HANDICAP DE L'ENFANT**  
**CONTRAT IDCP N°93006.IDCP.01**

CCAS - DIRECTION PRÉVOYANCE ASSURANCES - 8 rue de Rosny - BP 629 - 93104 MONTREUIL CEDEX - Tel : 01 48 18 60 00

**IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ(E)**

Agent  Conjoint de l'agent  Enfant à charge de l'agent

Nom et Prénom .....

Date de Naissance |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Adresse .....

Code postal |\_|\_|\_|\_| Ville .....

N°identifiant agent : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

CAS de (précisez en toutes lettres) ..... SLVie N° |\_|\_|

**IDENTIFICATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ (SI DIFFÉRENT(E) DE L'ASSURÉ)**

Nom et Prénom .....

Nom de naissance ..... Date de Naissance |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Adresse .....

Code postal |\_|\_|\_|\_| Ville .....

**PIÈCES À FOURNIR**

**La survenance du handicap doit être déclarée par l'agent dans les plus brefs délais.**

Ce formulaire en deux exemplaires dûment remplis, datés et signés,

Tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille au jour de l'événement ouvrant droit au versement de la prestation :

- en cas de PACS, une attestation de l'engagement dans les liens du PACS, délivrée par le greffe du Tribunal d'Instance du lieu de naissance ou par le greffe du Tribunal de Grande Instance de Paris.
- en cas de concubinage, tout document attestant du concubinage, du domicile commun et du fait que l'assuré et son concubin sont libres de tout autre lien de même nature.

Tout document justifiant du montant du salaire ou de la pension servant au calcul de la prestation à verser,

Le rapport du médecin traitant.

En application de la loi du 6 janvier 1978 et du règlement européen 2016/649 du 27 avril 2016, en justifiant de votre identité, vous pouvez obtenir communication et rectification de toutes informations vous concernant qui figureraient sur tous les fichiers de la mutuelle, de ses mandataires et réassureurs, et des organismes participant à la gestion du contrat. Ces informations peuvent également être utilisées à des fins commerciales, à l'exclusion de vos données de santé, au bénéfice d'autres sociétés du groupe et à leurs partenaires.

Si vous ne le souhaitez pas, vous pouvez vous y opposer. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, d'effacement, de portabilité, de communication et de rectification en adressant votre demande au Service Relation Adhérents - Solimut Mutuelle de France - CS 31401 - 13785 Aubagne Cedex ou par mail à dra@solimut.fr

**Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus.**

Fait à ..... le .....

**Signature du bénéficiaire**

(ou de son représentant légal ;  
préciser son nom, prénom et qualité) :  
précédée de la mention "lu et approuvé"