apgis Institution de Prévoyance

12 rue Massue – 94684 Vincennes cedex

Régime de Prévoyance Industrie Pharmaceutique

Formulaire d'éligibilité - Fonds Haut Degré de Solidarité (HDS)
Pack Coups Durs - Maladie Grave

COMMENT BENEFICIER DE REMBOURSEMENTS DANS LE CADRE DU PACK COUPS DURS ?

Merci de remplir le formulaire d'éligibilité (ci-après) accompagné des justificatifs demandés et de l'envoyer à l'adresse suivante :

Apgis Solidarité
12 rue Massue
94684 Vincennes cedex

Si votre demande d'aide contient des **données de santé**, vous devez adresser votre demande **sous pli confidentiel** à **Apgis Solidarité** à l'adresse suivante :

Apgis Solidarité
A l'attention du Médecin conseil
12 rue Massue
94684 Vincennes cedex

Si vous remplissez les critères d'éligibilité, vous recevrez par courrier ou par mail un **numéro de dossier** à conserver pour effectuer votre demande de remboursement.

Il conviendra de nous transmettre les justificatifs des dépenses engagées en nous indiquant le numéro de dossier communiqué. Le bénéficiaire du pack Coups Durs - Maladie Grave doit transmettre **les justificatifs des dépenses engagées précisant la nature de la dépense, la date et le lieu de la prestation et le montant payé ainsi qu'une attestation sur l'honneur de non remboursement des frais par ailleurs**.

Le paiement sera effectué par **chèque** auprès de la personne ayant engagé les frais.

En cas de refus, vous recevrez un courrier ou mail d'information vous précisant les raisons du rejet.

Pour toute information, vous pouvez nous contacter au **01.49.57.45.30** ou par mail à l'adresse suivante : **hds@apgis.com**.

Pour bénéficier d'une aide au titre du Pack Coups Durs – Maladie grave, votre demande doit répondre aux conditions fixées par le Règlement du fonds HDS de l'Industrie Pharmaceutique dont vous reconnaissez avoir pris connaissance[1].

MERCI DE COMPLETER CE FORMULAIRE EN MAJUSCULE ET COCHER LES CASES APPROPRIEES. TOUT FORMULAIRE PARTIELLEMENT REMPLI RETARDERA LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE D'OUVERTURE DE DROITS AU FONDS HAUT DEGRE DE SOLIDARITE.

[1] *Le Règlement du fonds HDS de l'Industrie Pharmaceutique peut être consulté sur le site internet de l'Apgis ou vous être adressé sur demande.*

1. INFORMATIONS RELATIVES AU SALARIE / A L'ANCIEN SALARIE DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

Titre : ☐ Mr ☐ Mme

Nom : ……

Prénom : ……

Date de naissance : …/…/……

Numéro de Sécurité sociale : ……

Adresse : ……

Code Postal : ……Ville : ……

Numéro de téléphone : ……

Email : ……

☐ Actif ☐ Ancien salarié

Raison sociale de l'entreprise : ……

Adresse : ……

Code Postal : ……Ville : ……

- **Merci de joindre le certificat médical HDS rempli par votre médecin et adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil d'Apgis Solidarité.**

2. INFORMATIONS RELATIVES AU BENEFICIAIRE

Important : la personne atteinte d'une maladie grave doit avoir la qualité de bénéficiaire au sens du règlement. A compléter uniquement si le bénéficiaire est différent du salarié ou de l'ancien salarié précisé en section 1.

Titre : ☐ Mr ☐ Mme

Nom : ……

Prénom : ……

Date de naissance : …/…/……

Numéro de Sécurité sociale : ……

Adresse : ……

Code Postal : ……Ville : ……

Numéro de téléphone : ……

Email : ……

Lien de parenté avec le salarié / ancien salarié : ☐ Conjoint (marié, pacsé, concubin) ☐ Enfant majeur

Nom et Prénom du Représentant légal (si nécessaire) : ……

- **Merci de joindre le certificat médical HDS rempli par votre médecin et adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil service médical d'Apgis Solidarité.**

3 PROTECTION DES DONNEES

J'atteste sur l'honneur que cette demande d'éligibilité ne contient pas d'information fausse, trompeuse ou incomplète. Je comprends que si cette demande s'avère être en partie ou totalement frauduleuse je serai passible de poursuites.

Je déclare avoir été informé(e) et consentir au fait que mes données personnelles sont utilisées pour l'étude et la gestion de ma demande au titre du Pack Coups Durs mis en place dans le cadre du fonds « Haut degré de solidarité » mis en place par la branche de l'Industrie Pharmaceutique.

Les données sont destinées à l'APGIS, responsable des traitements qui met en œuvre des dispositifs permettant d'en préserver la confidentialité. Vos données ne seront jamais utilisées à des fins de prospection ou d'inscription à des listes de diffusion, ni vendues à des tiers à des fins de démarchage.

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les données recueillies seront conservées le temps nécessaire à la gestion et l'analyse de ma demande d'aide et jusqu'à ce que les délais de fourniture des justificatifs soient dépassés.

Je dispose d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification, d'effacement, d'opposition de limitation et de portabilité, en m'adressant à :

APGIS – Service Informatique et Libertés TSA 20303 94685 Vincennes Cedex.

Sans préjudice de tout autre recours administratif ou juridictionnel, Vous disposez par ailleurs de la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Date et Signature du bénéficiaire ou de son représentant légal – précédées de la mention « Lu et Approuvé »

RECAPITULATIF DES PIECES A JOINDRE :

- ☐ **Le bulletin de paie ou l'attestation employeur ou le certificat d'affiliation au régime de santé précisant le nom de l'employeur.**
- ☐ **Le certificat Médical HDS rempli par votre médecin et adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil d'Apgis solidarité.**
- ☐ **La copie de la carte de tiers payant précisant les bénéficiaires du régime (si la demande concerne un ayant droit).**
- ☐ **Le/ les justificatifs des dépenses engagées.**
- ☐ **Une attestation sur l'honneur de non remboursement des frais par ailleurs.**
- ☐ **Le présent formulaire rempli dans son intégralité daté, signé et précédé de la mention « lu et approuvé ».**

Il est de votre responsabilité de garder tous les justificatifs originaux lorsque vous nous envoyez des copies.

Certificat médical HDS à remplir par le médecin

Certificat à adresser sous pli confidentiel à :

Apgis Solidarité

A l'attention du Médecin conseil

12 rue Massue

94684 Vincennes Cedex

Je soussigné Dr……, docteur en médecine, certifie que

☐ Madame ☐ Monsieur……

Adresse : ……

Date de naissance : …… est bien atteint(e) d'une maladie ou d'un handicap non stabilisé, figurant dans la liste suivante :

- Accident vasculaire cérébral invalidant,
- Infarctus ou pathologie cardiaque invalidante,
- Hémopathies,
- Insuffisance hépatique sévère,
- Diabète insulino-instable,
- Myopathie,
- Insuffisance respiratoire instable,
- Parkinson non équilibré,
- Alzheimer,
- Mucoviscidose,
- Insuffisance rénale dialysée décompensée,
- Suite de transplantation d'organe,
- Paraplégie non traumatique,
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive,
- Sclérose en plaques,
- Sclérose latérale amyotrophique,
- Cancer

Certificat établi à : …… le ……

Remis en mains propres à l'intéressé(e) pour usage conforme à la loi.

Signature du médecin :

Cachet du médecin :