**Demande d’intervention du fonds d’action sociale**

**Aide financière d’urgence**

**Catastrophes ou intempéries**

|  |
| --- |
| **Identification du cotisant** |

Nom : ……………………………………………………………… Prénom :  ………………………………………………………………

Numéro de sécurité sociale |\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|

Numéro de compte : |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Téléphone fixe : ……………………………………………… Téléphone portable : ………………………………………………

Courriel : ………………………………………………………………………@…………………………………………………………………

Adresse de domicile : …………………………………………………………………………………………………………………………

Ville : ……………………………………… Code postal : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Adresse professionnelle : …………………………………………………………………………………………………………………

Ville : …………………………………… Code postal : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

|  |
| --- |
| **Sinistre** |

Le sinistre concerne votre : Adresse personnelle 🞏 Adresse professionnelle 🞏

Date du sinistre : ……/……/…………

Origine(s) du sinistre (inondations, tempêtes, orages, etc…) ……………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dommages subis ………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Vos dommages personnels sont-ils couverts par votre assurance ? Oui 🞏 Non 🞏

Vos dommages professionnels sont-ils couverts par votre assurance ? Oui 🞏 Non 🞏

Suite à votre sinistre, votre entreprise est-elle contrainte de fermer ? Oui 🞏 Non 🞏

Si oui, combien de temps ? ……………....................................................

**Déclaration sur l’honneur :**

|  |
| --- |
| Je soussigné(e) …………………………………………………………… certifie avoir été victime des intempéries/de la catastrophe et demande à bénéficier de l’aide proposée par la Sécurité sociale pour les indépendants.  A …………………………………………………………………, le ……/……/…………  Signature : |

Cette demande est à retourner complétée, signée et accompagnée d’un **RIB original et personnel** à votre point de contact Urssaf, dans les deux semaines suivant le sinistre.