FORMULAIRE DE SAISINE

Médiateur de la Protection sociale (FIPS)

1 – Coordonnées de la personne concernée par la médiation

Civilité : ……

Nom : …… **Prénom :** ……

Dénomination sociale de l'entreprise *(si concerné)* : ……

Date de naissance : ……

Adresse postale : ……..

Code postal : ……... **Commune :** ……...

Téléphone 1 : …… **Téléphone 2 :** ……..

Adresse e-mail : ……

Numéro de contrat / d'adhérent *(si en votre possession)* : ……

2 – Qualité du demandeur

❍ Adhérent, assuré, membre participant, souscripteur du contrat d'assurance

❍ Bénéficiaire *(ex. : vous êtes désigné dans la clause bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie)*

❍ Ayant droit *(ex. : vous êtes le conjoint ou l'enfant de l'assuré)*

❍ Mandataire (*ex. : vous êtes l'assureur protection juridique, l'avocat, l'association de consommateur ou l'assistante sociale agissant pour le compte de l'assuré*)

Le cas échéant, si mandataire :

Nom et prénom du mandataire : ……

Dénomination sociale de l'entreprise *(si concerné)* : ……

Adresse postale : ……..

Code postal : ……**Commune :** ……

Téléphone 1 : …… **Téléphone 2 :** ……

Adresse e-mail : ……..

3 – Institution de prévoyance concernée par le litige

Merci d'entourer l'institution de prévoyance concernée par votre demande.

Si vous ne trouvez pas votre institution de prévoyance dans la liste des adhérents à la médiation, rapprochez-vous de votre interlocuteur habituel (courtier ou autre) afin qu'il vous communique l'identité de l'institution concernée.

A2VIP
AG2R ARPÈGE
AG2R PRÉVOYANCE
ANIPS
APGIS
APICIL ÉPARGNE
APICIL PRÉVOYANCE
AUDIENS SANTÉ PRÉVOYANCE
BTP PRÉVOYANCE
CAISSE RÉUNIONNAISE DE PRÉVOYANCE
CAPREVAL
CAPSSA
CARCEPT PRÉVOYANCE
CARCO
CARPILIG PRÉVOYANCE
CCPMA PRÉVOYANCE
CCPMA RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE
CGP
CIPREV
CPCEA
CPCEA RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE
CRPB-AFB
CRP-BTP
INPR
INSTITUTION AUSTERLITZ
IPBP
IPECA PRÉVOYANCE
IPRIAC
IRCEM MUTUELLE
IRCEM PRÉVOYANCE
IRP AUTO IENA PRÉVOYANCE
IRP AUTO PRÉVOYANCE SANTÉ
KERIALIS PRÉVOYANCE
KERIALIS RETRAITE
KLÉSIA PRÉVOYANCE
MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE
OCIRP
TERRITORIA PREVOYANCE
UNIPRÉVOYANCE

4 – Décision contestée

Thématique de votre litige :

❍ **Santé complémentaire** (optique, dentaire, audiologie, hospitalisation, etc.)
❍ **Incapacité / Invalidité**
❍ **Décès**
❍ **Retraite supplémentaire**
❍ **Épargne**
❍ Autre (préciser) : .....

Type de décision contestée

• Contestez-vous une décision rendue au titre de l'action sociale de l'institution *(ex. : accompagnement en cas de veuvage, aide aux démarches administratives, services d'aide au retour à l'emploi, demande de prêts, …)* ?

❍ **Oui** ❍ **Non**

• Contestez-vous une décision de refus d'attribution d'un geste commercial ou son importance ?

❍ **Oui** ❍ **Non**

5 – Recours internes obligatoires

• Avez-vous formulé une réclamation écrite auprès de votre organisme d'assurance ou de son gestionnaire ?

❍ **Oui** – Date de la réclamation : ……..
> joindre la copie de la réclamation écrite adressée à votre interlocuteur habituel

❍ **Non**

• Avez-vous reçu une réponse écrite de votre interlocuteur habituel (organisme d'assurance, gestionnaire) ?

❍ **Oui**
> joindre la copie des réponses écrites de votre interlocuteur habituel

❍ **Non**

6 – Situation judiciaire

• Avez-vous saisi un autre médiateur ou une juridiction (tribunal, juge, etc.) pour ce litige ?

❍ **Oui** ❍ **Non**

7 – Exposé du litige

Décrivez clairement l'historique du litige, les faits et leurs dates, les démarches entreprises, les réponses reçues, et préciser en quoi la décision est contestée.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8 – Attentes vis-à-vis du médiateur

Indiquez ce que vous attendez du Médiateur : réexamen, explication, recherche de solution équitable

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

9 – Pièces jointes nécessaires

Merci de nous adresser uniquement une copie de vos documents originaux et de ne pas agrafer les pièces transmises.

- Copie des recours internes (réclamations, réponses)
- Copie de la décision contestée (si concernée)
- Copie du contrat et/ou de la notice d'information et/ou du bulletin d'adhésion si en votre possession
- Copie d'éventuels autres documents et correspondances échangées

Vous pouvez également nous communiquer les éléments suivants en fonction de l'objet de votre litige (santé, prévoyance, décès, retraite) :

- Copie des devis et factures des soins litigieux
- Copie du tableau de garanties frais de santé
- Copie de la notification d'invalidité ou d'incapacité permanente
- Copie des arrêts de travail
- Copie de l'acte de décès
- Copie des décomptes de prestations de la Sécurité sociale et de l'organisme complémentaire
- Copie de l'attestation A.R.E de France Travail et des 12 derniers bulletins de salaire
- Copie du certificat de travail
- Copie du solde de tout compte et du relevé de carrière
- Copie de la notification d'attribution de la retraite
- Copie des relevés individuels relatifs à la retraite supplémentaire
- Copie du certificat de scolarité ou d'alternance ou de professionnalisation

Ne joignez aucun document médical nominatif (ordonnances, certificats, comptes rendus) sauf si vous estimez que ces documents sont indispensables au traitement de votre dossier en médiation.

À cet égard, sachez que l'instruction de votre dossier peut rendre nécessaire l'examen par le Médiateur de documents susceptibles d'être couverts par le secret médical. **Vous êtes en droit de vous opposer à la communication de ces documents** et le Médiateur s'interdit d'en prendre connaissance sans votre autorisation.

Toutefois, le service de la médiation entend attirer votre attention sur les deux points suivants :

• La procédure de médiation est strictement confidentielle de sorte que la communication de ces documents n'a pas vocation à s'étendre au-delà du cercle des parties intéressées à la médiation ;

• S'il s'estimait insuffisamment informé du dossier, le médiateur pourrait être conduit à rendre un « avis de non-lieu » dans lequel il indiquerait ne pouvoir se prononcer à défaut de disposer des preuves pertinentes.

10 – Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e) ……...

déclare sur l'honneur que :

• Les informations fournies dans ce formulaire sont exactes.

• J'ai épuisé la voie de recours interne.

• Je n'ai pas saisi une juridiction ou un autre médiateur sur ce litige.

Date : …… **Signature :** ……

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (applicable depuis le 25 mai 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement en adressant votre demande au Délégué à la protection des données (DPO) de la FIPS par courrier électronique à l'adresse suivante : dpo@fips-paritaire.fr. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous disposez également de la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

L'accès à vos données personnelles est exclusivement limité au service de la Médiation de la protection sociale (FIPS) et à votre organisme d'assurance, habilités en raison de leurs fonctions et tenus à une obligation de confidentialité. Pour le bon traitement de votre dossier, les données collectées pourront être communiquées à votre organisme d'assurance aux fins d'éviter tout risque d'homonymie et d'en faciliter le traitement. En dehors des cas énoncés ci-dessus, la Médiation de la protection sociale (FIPS) s'engage à ne pas vendre, louer, céder ou donner accès à des tiers à vos données sans votre consentement préalable.

CDR837P – 0626

PAPIER
BAC DE TRI