

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE

ABONNEMENT SPORTIF 2026

Afin de faciliter la pratique d'un sport de manière régulière et de prévenir l'apparition de Troubles musculaires squelettiques des salariés de l'accord agricole Pays de la Loire, vos partenaires sociaux ont décidé de participer financièrement à la prise en charge de votre abonnement sportif et celui de vos ayants droit dans la limite de 120 € sur l'année 2026.

Critères d'attribution :

- Disposer d'un revenu fiscal de référence annuel inférieur à 22 260 € par part fiscale.
- Salariés et ayants droit (conjoint et enfants) rattachés la complémentaire santé de l'accord agricole Pays de la Loire.

Pour un meilleur suivi et gestion de vos demandes, nous vous remercions de regrouper et d'effectuer une seule demande pour l'ensemble de la famille en même temps, une seule demande par salarié (famille), par an sera recevable.

N° d'adhérent _____ Date de naissance _____

Numéro de Sécurité sociale _____

Nom (en majuscule) Nom de naissance (en majuscule)

Prénom(s) (en majuscule)

Adresse

Code postal _____ Ville

Téléphone _____ Téléphone portable _____

E-mail (en majuscule)

Je souhaite recevoir par voie électronique les informations et les services et solutions d'Harmonie Mutuelle : • Par E-mail : ☐ Oui ☐ Non

• Par SMS : ☐ Oui ☐ Non

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié-e ☐ Pacsé-e ☐ Divorcé-e ☐ Veuf-ve

Composition familiale :

Nom - prénom	Date de naissance	Lien de parenté	N° Sécurité sociale
	_____		_____
	_____		_____
	_____		_____
	_____		_____
	_____		_____
	_____		_____

☐ J'autorise Harmonie Mutuelle à collecter et à traiter mes données de santé uniquement aux fins de gestion de ma demande d'intervention du fonds de solidarité santé de l'accord agricole pays de la Loire. Les données collectées sont uniquement destinées à un usage interne par Harmonie Mutuelle – Service d'action sociale, pour le suivi de votre demande, et seront conservées uniquement pendant le déroulement de votre suivi et effacées 2 ans après la fin de la prise en charge. Conformément à la réglementation, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de vos données personnelles. Vous disposez en outre d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit au retrait du consentement, du droit de ne pas faire l'objet d'une décision automatisée et d'un droit d'opposition dans les limites des intérêts légitimes de la Mutuelle. Ces droits peuvent être exercés auprès du Responsable Protection des Données par mail à l'adresse dpo@harmonie-mutuelle.fr

Fait à : Le :

Signature du salarié

Afin de vous verser cette aide, merci de nous renvoyer le formulaire complété accompagné des justificatifs suivants :

- Copie de votre carte de mutuelle.
- Dernier avis d'imposition du foyer (pour les couples non mariés, pacsés nous fournir les deux avis d'imposition).
- Facture acquittée de votre abonnement sportif datée du 01/01/2026 au 31/12/2026 (Remboursement dans la limite des frais réellement réglés pour tout abonnement sportif ou licence à caractère récurrent engagés hors événement ou manifestation sportive ponctuelle et carnet de moins de 10 entrées). Aucun remboursement ne pourra avoir été effectué après le 31/12/2026. Les demandes sont traitées par ordre d'arrivées dans la limite du budget disponible.

Par mail : solutionssociales@harmonie-mutuelle.fr

Par courrier : HARMONIE MUTUELLE – Secrétariat de la direction de l'Action sociale
- Cap 5541 - rue Fabienne Landy - 37700 ST PIERRE DES CORPS