

Vos partenaires sociaux ont décidé de participer financièrement à la prise en charge de votre abonnement sportif dans la limite de 120€ sur l'année 2026.

Critères d'attribution :

- Disposer d'un revenu fiscal de référence annuel inférieur à 20 500€ par part fiscale (cf recto du formulaire),
 - Être salarié ou conjoint de salarié adhérent à la complémentaire santé de la CCN Habillement,
 - Disposer d'une facture acquittée en 2026 et nominative de votre abonnement sportif ou de votre équipement sportif suivant : vélo d'appartement, tapis de course, appareil de gym ou de musculation dont le coût est supérieur à 50€. Les équipements d'occasion ne sont pas pris en charge.
- L'intervention est, par principe, limitée à une demande par année civile, avec regroupement des factures concernées.

INFORMATIONS

N° Adhérent : Date de naissance : | | | | | | | |

Nom (en majuscule) :

Prénom(s) (en majuscule) :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Email (en majuscule) :

Situation de famille : ☐ Marié ☐ Célibataire ☐ Séparé, divorcé ☐ Vie maritale ☐ Veuve, veuf

COORDONNÉES DES AYANTS DROIT

Nom / Prénom	Date de naissance	Lien de parenté

JUSTIFICATIFS

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

- Copie du dernier avis d'imposition du foyer (pour les couples non mariés, pacsés nous fournir les deux avis d'imposition).
- Facture acquittée et nominative de votre abonnement ou de votre équipement sportif, datée entre le 01/01/2026 et le 31/12/2026 (remboursement dans la limite des frais réellement engagés).

Par mail : fondsocial@aesio.fr **Par courrier :** AÉSIO mutuelle Action Sociale TSA 51520, 53106 MAYENNE CEDEX

En cas d'envoi de votre dossier et de ses pièces complémentaires par mail, merci de nous fournir vos documents aux formats acceptés : jpg, ison, pdf, txt, xlsx, eml, xls, xlsx, xlsb, png.

PROTECTION DE VOS DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

- ☐ J'autorise AÉSIO mutuelle à collecter et à traiter mes données uniquement aux fins de gestion de ma demande d'intervention du fonds de solidarité santé de la CCN Habilement.
- ☐ Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent questionnaire et m'engage à fournir les justificatifs demandés ainsi que tout autre justificatif nécessaire au traitement de ma demande.

Les données collectées dans le présent formulaire font l'objet d'un traitement permettant l'accès et la gestion de votre demande d'intervention au fonds de solidarité santé de la CCN Habillement. Les informations qui vous concernent sont destinées à AESIO mutuelle et à ses partenaires. Ces données pourront également faire l'objet de traitements et d'informations spécifiques aux autorités compétentes dans le cadre d'opérations de contrôle et le cas échéant de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation, de portabilité, et d'opposition au traitement de vos données ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à aesio.dpo@aesio.fr ou en écrivant à l'attention du Délégué à la protection des données AESIO mutuelle – 173 rue de Bercy 75012 Paris. Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, vous avez la faculté de saisir la CNIL sur www.cnil.fr.

Les prises en charge se font par ordre d'arrivée des demandes et dans la limite du plafond annuel fixé pour cette aide sociale sur l'année 2026.

Fait à

le | | | | | | |

Signature

RÉFÉRENTIEL D'ATTRIBUTION

Le calcul du plafond du revenu est le rapport entre le revenu fiscal de référence annuel et le nombre de parts fiscales du foyer, il doit être inférieur à 20 500€ par part fiscale.

$$\frac{\text{Revenu fiscal de référence}}{\text{Part fiscale}} = \text{Revenu par part fiscale}$$

RAPPEL DU CALCUL DE NOMBRE DE PARTS PAR L'ADMINISTRATION FISCALE

Couples mariés ou pacsés ou en concubinage	
Sans personne à charge	2 parts
Avec 1 personne à charge	2,5 parts
Avec 2 personnes à charge	3 parts
Avec 3 personnes à charge	4 parts
Avec 4 personnes à charge	5 parts
Célibataires ou divorcés	
Sans personne à charge	1 part
Avec 1 personne à charge	2 parts
Avec 2 personnes à charge	2,5 parts
Avec 3 personnes à charge	3,5 parts
Avec 4 personnes à charge	4,5 parts
Veufs ou veuves	
Sans personne à charge	1 part
Avec 1 personne à charge	2,5 parts
Avec 2 personnes à charge	3 parts
Avec 3 personnes à charge	4 parts
Avec 4 personnes à charge	5 parts
Majoration Handicap + 1/2 part supplémentaire	