

HAUT DEGRÉ DE SOLIDARITÉ – FORMULAIRE D'ELIGIBILITE

AIDE AU FINANCEMENT DE LA PART SALARIALE DE LA PRIME D'ASSURANCE RELATIVE AUX FRAIS DE SANTÉ

Montant de l'aide apprécié en commission, dans la limite des plafonds conventionnels et des ressources disponibles dans le fonds HDS

Public concerné, montant de l'aide et conditions d'éligibilité :

- SALARIES EN CONTRAT D'APPRENTISSAGE OU DE PROFESSIONNALISATION : Remboursement de 50 % de la part salariale de la cotisation pendant toute la période d'alternance.
- SALARIES DONT LA COTISATION REPRESENTE AU MOINS 10 % DES REVENUS BRUTS : Montant du remboursement apprécié en commission.
- L'entreprise dont dépend le bénéficiaire (employeur ou dernier employeur) doit être à jour du paiement de ses cotisations à Inizys mutuelle.

Le demandeur :

Titre : ☐ Mr ☐ Mme

Nom :

Prénom :

Date de naissance : .../.../..... Numéro de Sécurité sociale :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Numéro de téléphone : Email :

Situation : ☐ Alternant ☐ Salarié dont la cotisation représente au moins 10 % des revenus bruts

Raison sociale de l'entreprise :

N°SIRET de l'entreprise :

Justificatifs :

- Pour les salariés en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation : copie du contrat de travail.
- Pour les salariés dont la cotisation représente au moins 10 % des revenus bruts : dernier bulletin de salaire du demandeur.

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus sur ce formulaire sont exacts et ne pas disposer d'autres ressources financières me permettant de faire face à mes difficultés.

Date :

Signature :

Ce formulaire ainsi que l'ensemble des justificatifs demandés sont à retourner :

Par mail : solidarite@inizys-mutuelle.fr

Par courrier : Inizys mutuelle – Service Action Sociale – 68 Quai de l'Odé – CS 71033 – 29196 QUIMPER

Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978, les informations que vous nous communiquez via ce formulaire sont destinées à Inizys mutuelle en sa qualité de responsable du traitement. Ces 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. Elles peuvent être transmises, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant leurs finalités aux personnels de la compagnie ainsi que le cas échéant, aux partenaires et sous-traitants. L'assuré peut demander communication et rectification de toute donnée le concernant qui figurerait sur les fichiers à l'usage d'Inizys mutuelle en s'adressant au siège social.