



# HAUT DEGRÉ DE SOLIDARITÉ – FORMULAIRE D'ELIGIBILITE

## DISPOSITIF DE PREVENTION DES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

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

### Bénéficiaires

- Salariés et leurs ayants droit couverts par le régime conventionnel frais de santé de la convention collective nationale.
- Anciens salariés ayant cotisé au HDS dans l'entreprise qui les employait avant la rupture de leur contrat de travail en cas de :
  - Portabilité des droits dans les conditions définies à l'article L911-8 du Code de la sécurité sociale ;
  - Maintien de la complémentaire santé selon les dispositions prévues à l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 (loi Evin).

### Dispositif :

Alix.TMS est un programme complet conçu pour prévenir et réduire les troubles musculo-squelettiques (TMS). Les TMS se manifestent par des douleurs au niveau des muscles, articulations et tendons. Ils sont causés par des gestes répétitifs, des mauvaises postures ainsi que le déplacement de charges lourdes. Un stress important peut aussi être à l'origine de ces troubles.

### Le demandeur :

Titre :  Mr  Mme

Nom : .....

Prénom : .....

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

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Numéro de téléphone : ..... Email : .....

Situation :  Actif  Ancien salarié en portabilité  Retraité « loi Evin »

Raison sociale de l'entreprise : .....

N°SIRET de l'entreprise : .....

### Conditions d'éligibilité :

L'entreprise dont dépend le bénéficiaire (employeur ou dernier employeur) doit être à jour du paiement de ses cotisations auprès de la SAMBO.

Je demande l'abonnement au programme **Alix.TMS – abonnement à 4,99€/mois** pris en charge par le fonds HDS.

Date : .....

Signature :

**Le dépôt d'un formulaire ne vaut pas acceptation immédiate de la demande d'aide au titre du dispositif. En cas de refus, vous recevrez un courrier ou un mail vous notifiant de la décision.**

**Si votre demande d'aide contient des données de santé, vous devez nous l'adresser sous pli confidentiel à l'adresse suivante :**

**SAMBO – Haut degré de solidarité – 68 Quai de l'Odet – CS 71033 – 29196 QUIMPER**

**Pour toute information, vous pouvez nous contacter par mail à l'adresse [solidarite@sambo.fr](mailto:solidarite@sambo.fr)**