

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DISPENSE DE DROIT D'AFFILIATION AU REGIME FRAIS DE SANTE

(à retourner au service du personnel)

Je soussigné (e),

NOM :

Prénom :

N° de Sécurité sociale :

(cachet de
l'entreprise)

➔ Souhaite être dispensé(e) d'adhésion au contrat frais de santé mis en place à titre collectif et obligatoire car je suis actuellement dans une des situations suivantes :

	Cas de dispense	Pièces justificatives à fournir
<input type="checkbox"/>	Salarié bénéficiaire de la CMU-C (CMU Complémentaire) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) .	Attestation d'assurance et justificatifs du bénéfice de la CMU-C ou ACS <i>Sous réserve de justification, la dispense joue jusqu'à l'échéance de cette couverture ou aide, ou attestation sur l'honneur.</i> <i>Rappel : Vos droits à la CMU-C vous sont attribués pour une durée d'un an. Les dates d'ouverture de vos droits figurent sur votre attestation CMU-C, ou attestation sur l'honneur.</i>
<input type="checkbox"/>	Apprenti ou salarié dont la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire est inférieure à 3 mois.	Attestation de votre organisme de mutuelle certifiant que vous êtes couvert par un contrat frais de santé individuel et responsable (*)
<input type="checkbox"/>	Salarié couvert par une assurance individuelle frais de santé à la date de l'embauche.	Attestation de votre organisme de mutuelle certifiant que vous êtes couvert par un contrat frais de santé avec indication de l'échéance. <i>La dispense prend fin à l'échéance du contrat individuel. Si le contrat prévoit une clause de renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de reconduction tacite, ou attestation sur l'honneur.</i>
<input type="checkbox"/>	Salarié qui bénéficie par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture frais de santé conforme à un des dispositifs fixés par l'arrêté du 26 mars 2012.	Attestation de couverture par ailleurs : contrat "loi Madelin", rattachement au régime complémentaire des IEG, régime des agents de la fonction publique d'Etat ou de la fonction publique territorial, <i>ou attestation sur l'honneur.</i> <i>Cette attestation devra être fournie annuellement au plus tard le 15 janvier de chaque année.</i>
<input type="checkbox"/>	Salarié bénéficiaire, en qualité qu'ayant droit ou dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture frais de santé collective et obligatoire.	Attestation de l'autre employeur du salarié ou de l'employeur du conjoint justifiant d'une affiliation à un régime collectif et obligatoire (le caractère obligatoire s'entendant pour l'ayant droit), <i>ou attestation sur l'honneur.</i> <i>Cette attestation devra être fournie annuellement au plus tard le 15 janvier de chaque année.</i>
<input type="checkbox"/>	Salarié relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale.	Attestation de l'organisme justifiant d'une affiliation au régime local de Sécurité sociale, <i>ou attestation sur l'honneur.</i> <i>Cette attestation devra être fournie annuellement au plus tard le 15 janvier de chaque année.</i>

(*) **Le contrat complémentaire santé doit respecter les règles du contrat « solidaire et responsable »** (art. L. 871-1 du code de la sécurité sociale). Vous ne devez pas déjà bénéficier pour ce contrat d'une des aides suivantes :

- ◆ Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C);
- ◆ Aide à la complémentaire santé (ACS);
- ◆ Contribution d'un autre employeur au financement d'une complémentaire santé collective, y compris en tant qu'ayant droit;
- ◆ Participation d'un employeur public au financement de la complémentaire santé des fonctionnaires.

☞ **Le respect de ces conditions peut ouvrir droit au dispositif « Versement Santé » (L 911-7-1)**

Je reconnais avoir été préalablement informé(e) des conséquences de mon choix car en souhaitant bénéficier d'un cas de dispense prévu par le décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015, je renonce :

- ◆ A prétendre aux prestations dudit régime pour moi-même voire pour mes ayants droit,
- ◆ A percevoir de quelque façon que ce soit, la contribution patronale à ce régime,
- ◆ Et à bénéficier, à l'issue de mon contrat de travail, au droit à portabilité en cas de chômage indemnisé et au choix possible du maintien des garanties au titre de la Loi Evin (art. 4 de la loi 89-1009).

Merci de cocher la case correspondant à votre situation et de joindre impérativement les justificatifs demandés dans les 15 jours suivants l'embauche.

Tout changement dans votre situation de nature à remettre en cause le bénéfice d'un des cas de dispense ci-dessus devra également être signalé au Service du Personnel.

Faute de faire parvenir les justificatifs correspondants à votre situation, vous serez obligatoirement affilié au régime obligatoire de l'entreprise.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus
(Date & Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

