

|  |
|--|
| <b>DISPENSE D’AFFILIATION<br/>AU REGIME OBLIGATOIRE FRAIS DE SANTE</b> |
|--|

*Document à retourner daté, signé et accompagné des pièces justificatives*

Je soussigné(e), ..... (nom et prénom)

N° de téléphone : .... - .... - .... - .... - ....

Adresse postale : .....

.....

Atteste sur l'honneur que je me trouve dans l'une des situations suivantes et souhaite, en conséquence, ne pas être affilié(e) au régime complémentaire santé obligatoire (entourer le numéro de situation) :

1. Bénéficiaire d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois,
2. Bénéficiaire d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée supérieure à 12 mois (dès lors que je suis en capacité de produire un document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties),
3. Bénéficiaire de la CMU complémentaire ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Dans ce cas, la dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture, Justificatif à fournir
4. Salarié à temps partiel (ou apprenti) dont l'adhésion au système de garanties me conduirait à m'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de ma rémunération brute,
5. Salarié couvert par une assurance individuelle frais de santé au moment de l'embauche. La dispense ne pourra jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel. **Attention : si le contrat prévoit une clause de renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de reconduction tacite, Justificatif à fournir** (voir au dos),
6. Salarié bénéficiaire d'une couverture santé collective obligatoire souscrite auprès d'un autre employeur, ou par l'intermédiaire de mon conjoint dans le cadre de son activité professionnelle que cette couverture en tant qu'ayants-droits soit **obligatoire ou facultative**, Justificatif à fournir (voir au dos),
7. Salarié couvert par le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, Justificatif à fournir (voir au dos),
8. Salarié bénéficiant du régime de protection sociale complémentaire des agents de l'Etat et des collectivités territoriales, Justificatif à fournir (voir au dos),
9. Salarié bénéficiant du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946),
10. Salarié bénéficiant d'un régime santé de groupe dit « Madelin », Justificatif à fournir (voir au dos),
11. Salarié bénéficiant du régime spécial de Sécurité sociale des gens de la mer, Justificatif à fournir (voir au dos),
12. Salarié relevant de la Caisse de prévoyance et de retraite de la SNCF. Justificatif à fournir (voir au dos).

J'ai été préalablement informé(e) par mon employeur des conséquences de la renonciation au bénéfice du régime collectif et obligatoire de frais de santé. En renonçant à l'affiliation au régime frais de santé, je renonce à tout remboursement au titre dudit régime si j'ai des frais de santé ou d'hospitalisation, et au versement des prestations du régime en cas de maladie ou d'accident. Je renonce également à la part patronale des cotisations, au bénéfice de la portabilité des droits en cas de chômage indemnisé et au bénéfice du maintien des garanties au titre de l'Article 4 de la loi 89-1009 dite loi Evin.

En outre, j'ai été informé(e) que je pouvais revenir sur ma décision à tout moment et solliciter auprès de mon employeur, par écrit mon adhésion à la garantie Frais de santé. L'adhésion prend alors effet le premier jour du mois qui suit ma demande. Cette adhésion sera alors irrévocable.

Je, soussigné(e), déclare sincères et exacts les éléments communiqués ci-dessus, et je joins à l'attention de mon employeur les documents me permettant de faire valoir cette dispense d'affiliation. J'ai bien noté qu'en fonction de ma situation, un justificatif sera à fournir chaque année (Cf. au verso).

Fait à .....

Le .....

Signature

| Cas de dispense   | Justificatifs à fournir  |
|---|--|
| <b>Dispenses salarié</b>  |  |
| 1. Bénéficiaire d'un contrat de travail à durée déterminée ou contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois   | Aucun justificatif n'est à fournir Le formulaire de demande dispense est à remplir à chaque nouvelle embauche,   |
| 2. Bénéficiaire d'un contrat de travail à durée déterminée ou contrat de mission d'une durée supérieure à 12 mois dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties   | Attestation de l'organisme assureur auprès de qui le contrat individuel frais de santé a été souscrit,   |
| 3. Bénéficiaire de la CMU complémentaire ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour la CMU-C : Attestation de droit à la CMU-C pour l'année en cours,</li> <li>- Pour l'ACS : l'attestation chèque et/ou attestation de tiers-payant social pour l'année en cours ainsi qu'une attestation de votre couverture individuelle pour l'année en cours mentionnant la date d'échéance ou de reconduction La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide,</li> </ul> |
| 4. Salarié à temps partiel (ou apprenti) dont l'adhésion au système de garanties le conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de sa rémunération brute  | Aucun justificatif n'est à fournir l'entreprise détenant l'information L'appréciation est effectuée sur la base du salaire moyen de l'année civile n-1 Pour les nouveaux embauchés l'appréciation est réalisée sur le salaire en cours La cotisation « frais de santé » (part salariale hors option) doit représenter un montant au moins égal à 10 % de la rémunération brute du salarié,   |
| 5. Salarié couvert par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure La dispense ne pourra jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel Attention : si le contrat prévoit une clause de renouvellement tacite la dispense prend fin à la date de reconduction tacite   | Attestation de l'organisme assureur auprès de qui le contrat individuel frais de santé a été souscrit l'attestation doit indiquer soit la date d'échéance du contrat individuel soit la date de renouvellement tacite du contrat,  |
| <p>6. Salarié bénéficiaire d'une couverture santé collective obligatoire souscrite par l'intermédiaire du conjoint dans le cadre de son activité professionnelle que cette couverture en tant qu'ayants-droits soit obligatoire ou facultative,</p> <p>7. Les salariés couverts par le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin du Bas-Rhin et de la Moselle,</p> <p>8. Les salariés bénéficiant du régime de protection sociale complémentaire des agents de l'Etat et des collectivités territoriales,</p> <p>9. Les salariés bénéficiant du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières,</p> <p>10. Les salariés bénéficiant d'un régime santé de groupe dit « Madelin »,</p> <p>11. Les salariés bénéficiant du régime spécial de Sécurité sociale des gens de la mer,</p> <p>12. Les salariés relevant de la Caisse de prévoyance et de retraite de la SNCF.</p> | Attestation annuelle de la couverture santé,<br>Le justificatif sera demandé chaque année.   |