



## DEMANDE DE DISPENSE D'ADHESION A LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE ET OBLIGATOIRE

*Attestation à compléter par le salarié souhaitant être dispensé d'affiliation et à remettre à l'employeur (attestation et justificatifs à conserver par l'employeur)*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

N° : |\_||\_|| Rue/Voie : \_\_\_\_\_

Complément (zone, étage, immeuble, bât.) : \_\_\_\_\_

Code postal : |\_||\_||\_||\_|| Ville : \_\_\_\_\_

***Je me trouve dans l'une des situations suivantes et je demande à ne pas être affilié à la complémentaire santé collective et obligatoire:** (les conditions pour bénéficier de l'un des cas de dispense ci-dessous sont développées au verso)*

- Salarié(e) couvert par une assurance individuelle frais de santé jusqu'au : |\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||
  
- Salarié(e) bénéficiaire de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou d'une Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS),
  
- Salarié(e) à temps partiel et apprentis dont l'affiliation au système de garanties me conduirait à m'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de ma rémunération brute,
  
- Salarié(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée, d'un contrat d'apprentissage ou d'un contrat de mission supérieur ou égal à 12 mois, et justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs en matière de couverture de frais de santé,
  
- Salarié(e) bénéficiaire par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective conforme à l'arrêté du 26 mars 2012 :
  - dispositif de prévoyance complémentaire collectif obligatoire, le caractère obligatoire s'entendant également pour l'ayant droit (remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale),
  - régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle (en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale),
  - régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946),
  - régime de prévoyance de la Fonction publique d'Etat issu du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007,
  - régime de prévoyance de la Fonction publique territoriale issu du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011,
  - contrat d'assurance de groupe « Madelin » issu de la loi n° 94-126 du 11 février 1994,
  - régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM),
  - caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

*J'atteste l'exactitude des renseignements portés 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.*

*J'ai été préalablement informé par mon employeur des conséquences de la renonciation au bénéfice de la couverture complémentaire santé collective et obligatoire. En renonçant à l'affiliation à cette couverture, je renonce à tout remboursement au titre du régime mis en place 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.*

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature obligatoire du Salarié

