

Je soussigné(e), Nom, Prénom :

.....

Adresse :

.....

.....

N° de téléphone : □□□□□□□□□□

Libellé établissement :

Souhaite faire usage de la dispense d'adhésion car je suis :

- Salarié(e) présent(e) dans l'entreprise lors de la mise en place du régime par décision unilatérale de l'employeur
- Salarié(e) bénéficiaire d'un contrat de travail à durée déterminée (CDD) ou d'un contrat de mission dont la couverture collective obligatoire est d'une durée inférieure à 3 mois
- Salarié(e) bénéficiaire d'un contrat de travail à durée déterminée (CDD), contrat de mission ou contrat d'apprentissage d'une durée au moins égale à 12 mois
- Salarié(e) ou apprenti(e) bénéficiaire d'un CDD, contrat de mission ou contrat d'apprentissage d'une durée inférieure à 12 mois
- Salarié(e) à temps partiel ou apprenti(e) dont l'adhésion au système de garanties me conduirait à m'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de ma rémunération brute
- Salarié(e) bénéficiaire de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)
- Salarié(e) bénéficiaire d'une Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)
- Salarié(e) couvert(e) par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure.
- Salarié(e) bénéficiaire, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective relevant :
 - D'un dispositif collectif et obligatoire (le dispositif obligatoire doit prévoir la couverture des ayants-droit à titre obligatoire également)
 - Du régime local en vigueur dans les départements du Bas-Rhin du Haut-Rhin et de la Moselle ;
 - Du régime complémentaire relevant de la CAMIEG (Caisse d'assurance maladie des industries électrique et gazières)
 - Des mutuelles des agents de l'État ou des collectivités ;
 - Des contrats d'assurance groupe, dits Madelin.

Je confirme en recopiant de ma main la mention « *Je reconnais avoir été préalablement informé(e) par mon employeur des conséquences de mon choix de faire usage de mon droit à dispense d'affiliation* » :

.....
.....
.....

Fait à :

Le :

Signature obligatoire du salarié :