

DÉCLARATION DE DISPENSE D'ADHÉRENTE À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE (À remettre à l'employeur accompagné des justificatifs requis)

COORDONNÉES DU SALARIÉ

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Libellé de l'établissement :

OBJET : DEMANDE DE DISPENSE D'AFFILIATION

Je soussigné(e), souhaite faire usage de mon droit à la dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais de santé obligatoire mis en place dans l'entreprise, pour le motif suivant (cocher la case correspondante) :

☐ **Complémentaire Santé Solidaire (CSS)** : Je suis bénéficiaire de la CSS.

☐ **Ayant droit** : Je suis couvert(e) par une couverture collective et obligatoire relevant d'un dispositif obligatoire (conjoint), du régime local (Alsace-Moselle), de la CAMIEG ou d'un contrat Madelin.

☐ **Assurance individuelle** : Je dispose déjà d'une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de mon embauche.

☐ **CDD ou Contrat de mission court** : Ma couverture collective obligatoire est d'une durée inférieure à 3 mois.

☐ **Contrat long (CDD / Apprentissage)** : Je suis titulaire d'un contrat d'une durée au moins égale à 12 mois et je dispose d'une couverture par ailleurs.

☐ **Contrat inférieur à 12 mois** : Je suis titulaire d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois.

☐ **Faible revenu** : Je suis salarié(e) à temps partiel ou apprenti(e) et ma cotisation est au moins égale à 10% de ma rémunération brute.

☐ **Salarié présent lors de la mise en place** : J'étais présent dans l'entreprise lors de la mise en place du régime par décision unilatérale de l'employeur (DUE).

**DÉCLARATION DE DISPENSE D'ADHÉRENTE À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
COLLECTIVE** (*À remettre à l'employeur accompagné des justificatifs requis*)

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR ET ENGAGEMENT

Je confirme avoir été préalablement informé(e) par mon employeur des conséquences de mon choix de faire usage de mon droit à dispense d'affiliation.

Je reconnais qu'en renonçant à ce régime, je renonce également :

1. Au remboursement de mes frais de santé (et ceux de mes ayants droit) par le régime de l'entreprise.
2. Au bénéfice de la contribution patronale liée à cette couverture.
3. Au bénéfice du maintien gratuit des garanties (portabilité) mentionné à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Je m'engage à fournir annuellement le justificatif de ma couverture externe et à informer mon employeur de tout changement de situation mettant fin à ce droit de dispense.

Mention manuscrite obligatoire à recopier ci-dessous : « *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 :
