

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

ATTESTATION À COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ SOUHAILANT ÊTRE DISPENSÉ D'AFFILIATION ET À REMETTRE À L'EMPLOYEUR AVEC L'ENSEMBLE DES JUSTIFICATIFS.

Nom :

Prénom(s) :

Nom de naissance :

Adresse:

N° : / _____ / Rue/voie :

Code postal : / _____ / Ville :

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

Salarié(e) bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), pour la durée de leur prise en charge au titre de ce régime

Salarié(e) bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du Code de la Sécurité Sociale

Salarié(e) déjà couvert 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 (la dispense ne jouera que jusqu'à la date d'échéance du contrat).

salarié(e) qui bénéficie par ailleurs, y compris comme ayant droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire autre que le régime obligatoire frais de santé mis en place, quel que soit l'organisme choisi par l'employeur et conforme à la réglementation de la sécurité Sociale

Apprenti(e) ou salarié(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois (à condition de justifier par écrit l'affiliation à une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties)

Apprenti(e) ou salarié(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée de moins de 12 mois, même s'il ne bénéficie pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.

J'ai été préalablement informé 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.

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 (voir tableau au verso).

Fait à

Le

Signature obligatoire du salarié

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES CAS DE DISPENSE D'AFFILIATION ET JUSTIFICATIFS
À FOURNIR PAR LE SALARIÉ**

CAS DE DISPENSE	CONDITIONS
Salarié(e) bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), pour la durée de leur prise en charge au titre de ce régime	<p>Une attestation justifiant de sa couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).</p> <p>Le (la) salarié(e) devra obligatoirement rejoindre le présent régime à compter de la date à laquelle il ne bénéficiera plus du régime de la CMU-C</p>
Salarié(e) bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du Code de la Sécurité Sociale	<p>Un justificatif du bénéfice à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé doit être transmis annuellement.</p> <p>Le (la) salarié(e) devra obligatoirement rejoindre le présent régime à compter de la date à laquelle il ne bénéficiera plus de cette aide.</p>
Salarié(e) couvert 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	<p>Une attestation justifiant de la couverture par une assurance individuelle de frais de santé.</p> <p>Cette attestation devra comporter les dates précises du contrat de couverture.</p> <p>La dispense ne peut jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel</p>
Salarié(e) qui bénéficie, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire autre que le régime obligatoire frais de santé décrit dans la convention collective, conforme à la réglementation de la sécurité sociale.	<p>Une attestation justifiant de la couverture collective.</p> <p>Un justificatif devra être fourni annuellement</p>
Apprenti(e) ou salarié(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois	Le (la) salarié(e) doit justifier par écrit d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties.
Apprenti(e) ou salarié(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée de moins de 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.	<p style="text-align: center;">Aucun</p> <p>Le (la) salarié(e) pourra être dispensé(e) d'affiliation uniquement en transmettant le formulaire de demande de dispense d'affiliation</p>

A tout moment le salarié peut revenir sur sa décision et solliciter par écrit son affiliation au régime de frais de santé obligatoire.

Les salariés devront s'affilier et cotiser au régime frais de santé dès qu'ils cessent de justifier de leur situation ouvrant droit au bénéfice d'une dispense d'affiliation.