

DEMANDE DE DISPENSE D'AFFILIATION

Attestation à compléter par le salarié souhaitant être dispensé d'affiliation et à remettre à l'employeur

Nom : Prénom(s) :

Nom de Naissance : Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Je me trouve dans l'une des situations suivantes et demande à ne pas être affilié au régime collectif et obligatoire de frais de santé :

Salarié(e) déjà couvert par une assurance individuelle de frais de santé lors de l'embauche jusqu'au (1) :

Salarié(e) bénéficiaire de la couverture maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) jusqu'au :

Salarié(e) bénéficiaire d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) jusqu'au :

Salarié(e) et apprenti(e) en contrat de travail à durée déterminée de moins de 12 mois

Salarié(e) et apprenti(e) en contrat de travail à durée déterminée de plus de 12 mois pouvant justifier d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour les mêmes garanties (santé) (2)

Salarié(e) à temps partiel et apprenti(e) dont l'adhésion au système de garanties le conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de sa rémunération brute

Salarié(e) bénéficiant, y compris en tant qu'avant droit, des couvertures suivantes :

Complémentaire santé collective et obligatoire (conformément à L.242-1 CSS)

Régime local Alsace Moselle

Régime Complémentaire relevant de la CAMIEG

Mutuelles des agents de l'Etat ou des collectivités territoriales issues des décrets N° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et N° 2011-1474 du 8 novembre 2011

Contrats d'assurance groupe des Travailleurs non-salariés dits Madelin

Nom de l'organisme assureur portant le contrat souscrit :

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 de 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 de l'Article 4 de la loi 89-1009 dite loi Evin. Je ne pourrais adhérer de nouveau à la CGN Santé qu'en cas de changement de situation (ex : mariage, divorce, rupture du contrat de travail du conjoint....)

Je m'engage à communiquer à mon employeur tout changement de situation.

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.

A défaut de fournir **chaque année** à la DRH les documents nécessaires, les salariés seront contraints d'adhérer au régime et d'acquitter la cotisation correspondante due.

(1) Fournir la date d'échéance du contrat individuel déjà souscrit

(2) Fournir une attestation nominative en cours de validité de l'autre assureur

La participation au régime collectif des ayants droit étant obligatoire, dans le cas de conjoints (époux, pacsé, concubin) travaillant dans la même entreprise, l'un des membres du couple doit être affilié en propre, l'autre pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

Fait à....., Le

SIGNATURE DU COLLABORATEUR

