

AVERTISSEMENT : ce document n'a d'autre valeur que purement indicative. Seuls peuvent être appliqués les cas de dispense figurant dans la convention collective instituant le régime collectif et obligatoire de frais de santé applicable à l'entreprise. L'employeur doit conserver la demande de dispense d'affiliation ainsi que les justificatifs fournis.

SANTÉ

Régime collectif
et obligatoire

MODÈLE DE DEMANDE DE DISPENSE D'AFFILIATION

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 : _____

Adresse

N° : |_|_|_|_| Rue/Voie : _____

Complément (zone, étage, immeuble, bât.) : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Je me trouve dans l'une des situations suivantes et je demande de ne pas être affilié 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) 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) qui bénéficie par ailleurs, 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 mis en place dans le cadre du présent article, 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
- 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.

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 (Cf. au verso).

Fait à _____
le _____

Signature obligatoire du Salarié

Tableau récapitulatif des cas de dispense d'affiliation et justificatifs à fournir par le salarié.

ATTENTION : ne peuvent être invoqués que les cas de dispense d'affiliation prévus dans la convention collective instaurant le régime de frais de santé conventionnel.

Ils devront systématiquement faire l'objet d'une demande écrite du 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.	Fournir à son employeur une attestation justifiant de sa couverture : le (la) salarié(e) devra obligatoirement rejoindre le présent régime à compter de la date à laquelle ils ne bénéficient plus du régime de la CMU-C.
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.	Fournir annuellement à son employeur un justificatif du bénéfice de l'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.	La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel. Le (la) salarié(e) devra fournir une attestation d'assurance portant la mention de l'échéance.
Salarié(e) qui bénéficie par ailleurs, 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 mis en place dans le cadre du présent article, quel que soit l'organisme choisi par l'employeur et conforme à la réglementation de la Sécurité sociale.	Justificatif annuel à fournir à l'employeur.
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 en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties.
Apprenti(e) ou salarié(e) bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée de moins de 12 mois même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.	Aucune condition.

A tout moment le salarié peut revenir sur sa décision et solliciter auprès de son employeur, par écrit son affiliation au régime frais de santé de la convention collective.

En tout état de cause, 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.

AVERTISSEMENT : ce document n'a d'autre valeur que purement indicative. Seuls peuvent être appliqués les cas de dispense figurant dans la convention collective instituant le régime collectif et obligatoire de frais de santé applicable à l'entreprise.

L'employeur doit conserver la demande de dispense d'affiliation ainsi que les justificatifs fournis.