



All you need. **With love.**

## ***Demande de dispense d'affiliation au régime frais de santé collectif et obligatoire***

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

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) 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) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée, d'un contrat d'apprentissage supérieur ou égal à 12 mois.
- Salarié(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée, d'un contrat d'apprentissage inférieur à 12 mois.
- Salarié(e) à temps partiel et apprentis dont l'affiliation au système de garanties conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de sa rémunération brute.
- Salarié(e) dont le conjoint est salarié d'une des entreprises de l'UES Manutan et est déjà couvert par le régime frais de santé en vigueur au sein de l'entreprise.
- Salarié(e) bénéficiaire lors de l'embauche d'un contrat de complémentaire santé à titre individuel jusqu'au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Salarié(e) bénéficiaire, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective issue d'un des dispositifs suivants :
  - ✓ Personne déjà couverte par une couverture collective à titre obligatoire (remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L.242-1 du code de la sécurité sociale) ;
  - ✓ Régime local d'Alsace-Moselle ;
  - ✓ Régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
  - ✓ Mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des procédures spécifiques à la fonction publique de référencement ou de labellisation (décrets n°2007-1373 du 19 septembre 2007 et n°2011-1474 du 8 novembre 2011) ;
  - ✓ Contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » destinés aux travailleurs indépendants.

J'ai été préalablement informé(e) 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 de 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 du salarié



All you need. **With love.**

<b>Cas de dispense</b>	<b>Justificatif à fournir</b>
Salariés bénéficiaires de la CMU	Attestation d'assurance et justificatif du bénéfice de la CMUC à fournir annuellement
Salariés bénéficiaires de l'ACS	Attestation d'assurance et justificatif du bénéfice de l'ACS à fournir annuellement
CDD (y compris apprentis) supérieur ou égal à 12 mois.	Justifier annuellement par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour les même type de garanties
CDD (y compris apprentis) inférieur à 12 mois.	Aucun justificatif
Salariés à temps partiel et apprentis dont l'affiliation au système de garanties conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de sa rémunération brute.	Aucun justificatif
Conjoint dans l'entreprise	Aucun justificatif
Salariés bénéficiaires à l'embauche d'un contrat de complémentaire santé à titre individuel jusqu'au ___/___/___	Attestation d'assurance à fournir avec mention de l'échéance
Salariés bénéficiaires, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective issue d'un des dispositifs de frais de santé conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale.	Justificatif à fournir chaque année