



Salarié

DEMANDE DE DISPENSE DE LA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE ET OBLIGATOIRE

(cf. articles L.911-7, D.911-2 à D.911-6, R.242-1-6 du Code de la Sécurité sociale, et article 11 de la loi n°89-1009 du 31/12/1989, dite "Loi Evin")

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,

demande à être dispensé(e) de la couverture santé mise en place à titre collectif et obligatoire dans mon entreprise :

Raison sociale et adresse de l'entreprise

Je déclare être dans l'une des situations suivantes (cocher la case qui correspond à votre situation) :

J'étais déjà employé(e) dans cette entreprise avant la mise en place initiale de la couverture complémentaire santé par décision unilatérale et avec participation salariale.

Moment de la demande : à la date de la mise en place initiale du régime de frais de santé.

Je suis déjà couvert(e) par une couverture complémentaire santé individuelle.

Moment de la demande : à la date d'embauche ou à la mise en place du régime.

Cette dispense ne peut jouer que jusqu'à la première échéance de mon contrat individuel. Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesse de bénéficier de ma couverture individuelle, suite à la résiliation de mon contrat à la 1^{re} date d'échéance, ce qui entraîne mon adhésion au régime de Frais de santé de mon entreprise.

Référence du contrat souscrit par ailleurs (nom de l'assureur, numéro de contrat, date d'échéance du contrat, etc.) :

Je bénéficie de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).

Cette dispense n'est valable que jusqu'à la date à laquelle je cesse de bénéficier de la CSS. Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesse de bénéficier des droits CSS, ce qui entraîne mon adhésion au régime de Frais de santé de mon entreprise.

Référence de l'organisme choisi pour gérer la CSS :

Je suis bénéficiaire, en tant que salarié ou en tant qu'ayant droit (par exemple au titre de mon conjoint), d'une couverture complémentaire santé au titre d'un des dispositifs suivants :

- Couverture collective obligatoire** d'une autre entreprise remplissant les conditions mentionnées à l'article L. 242-1, II, 4° du Code de la Sécurité sociale.
- Régime local d'Assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.** (Art D.325-6 et D.325-7 du code de la Sécurité Sociale)
- Régime complémentaire d'Assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG).** (Décret n°46-1541 du 22 juin 1946)
- Protection sociale complémentaire des agents de l'État ou des collectivités territoriales.** (Décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 et n°2011-1474 du 8 novembre 2011)
- Contrat d'assurance de groupe dit « Madelin ».** (Loi n° 94-126 du 11 février 1994)
- Régime spécial de Sécurité sociale des gens de mer (ENIM)**
- Caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF)**

Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesse de bénéficier de ma couverture par ailleurs, ce qui entraîne mon adhésion au régime de Frais de santé de mon entreprise.

Référence du contrat souscrit par ailleurs (nom de l'assureur, numéro de contrat, date du contrat, etc.) :

Je suis salarié(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou en contrat de mission dont la durée de couverture collective et obligatoire de Frais de santé est inférieure à 3 mois et je bénéficie, par ailleurs, d'une complémentaire santé « responsable » au sens de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Moment de la demande : à la date d'embauche, ou à la date de mise en place du régime.

Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesse de bénéficier de ma couverture santé responsable par ailleurs, ce qui entraîne mon adhésion au régime de Frais de santé de mon entreprise.

Référence du contrat "responsable" souscrit par ailleurs (nom de l'assureur, numéro de contrat, date du contrat, etc.) :

Uniquement si ces facultés de dispenses des salariés sont expressément mentionnées dans l'acte fondateur du régime de l'entreprise (art. R. 242-1-6 du Code de la sécurité sociale) :

- Je suis salarié(e) ou apprenti(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission de moins de 12 mois.
- Je suis salarié(e) ou apprenti(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'au moins 12 mois et je bénéficie d'une complémentaire santé individuelle.

Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesse de bénéficier de ma couverture individuelle, ce qui entraîne mon adhésion au régime de Frais de Santé collectif et obligatoire de mon entreprise.

Référence du contrat individuel de frais de santé souscrit par ailleurs

(nom de l'organisme assureur, numéro de contrat, date, etc.) :

.....
.....

- Je suis salarié(e) à temps partiel ou apprenti(e) et ma cotisation à l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire instituées à titre obligatoire dans mon entreprise représente au moins 10 % de ma rémunération brute.

Je renonce ainsi, pour la période pendant laquelle je suis dispensé(e), à la couverture complémentaire santé mise en place à titre collectif et obligatoire dans mon entreprise ainsi qu'au bénéfice de mes droits à portabilité mentionnés à l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale et au bénéfice des dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 dite « loi Evin » concernant le maintien de garanties sous certaines conditions.

Je reconnais ainsi avoir été préalablement informé(e) par mon employeur des conséquences de mon choix.

Fait à :, le / /

Signature



Ayants droit

DEMANDE DE DISPENSE DE LA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE ET OBLIGATOIRE

(cf. articles D.911-3, R. 242-1-5 et R. 242-1-6 du Code de la Sécurité sociale)

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,

demande à dispenser mon (mes) ayant(s) droit de la couverture complémentaire santé mise à titre collectif et obligatoire dans mon entreprise.

Raison sociale et adresse de l'entreprise

Je déclare que mon (mes) ayant(s) droit est (sont) dans une des situations suivantes (cocher la case correspondant à la situation de votre (vos) ayant(s) droit) :

Ayant droit bénéficiant, par ailleurs d'une couverture de frais de santé servie par l'un des dispositifs suivants :

- Couverture collective et obligatoire** conformément à l'article L.242-1 du code de la Sécurité sociale
- Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle** (art D.325-6 et D.325-7 du code de la Sécurité sociale)
- Régime complémentaire relevant de la CAMIEG** en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946
- Mutuelle des agents de l'État ou des collectivités territoriales** issues des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011
- Couverture relevant de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin »**

Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle mon ayant droit cesse de bénéficier de sa couverture par ailleurs, ce qui entraîne son adhésion au régime de Frais de santé de mon entreprise.

Référence du contrat souscrit par ailleurs

(nom de l'assureur, numéro de contrat, date du contrat, etc.) :

Uniquement si ces facultés de dispenses des ayants droit sont expressément mentionnées dans l'acte fondateur du régime de l'entreprise (art. R. 242-1-6 du Code de la sécurité sociale) :

Ayant droit bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).

Cette dispense n'est valable que jusqu'à la date à laquelle mon ayant droit cesse de bénéficier de la CSS. Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle mon ayant droit, cesse de bénéficier des droits CSS, ce qui entraîne son adhésion au régime de Frais de santé de mon entreprise.

Référence du contrat souscrit par ailleurs (nom de l'assureur, numéro de contrat, etc.) :

.....

.....

.....

Ayant droit bénéficiant d'une couverture individuelle.

Moment de la demande : à la date d'embauche ou à la mise en place du régime.

Cette dispense ne peut jouer que jusqu'à la première échéance du contrat individuel de mon ayant droit. Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle mon ayant droit cesse de bénéficier de sa couverture individuelle, suite à la résiliation de son contrat à la 1^{re} date d'échéance, ce qui entraîne son adhésion au régime de Frais de santé de mon entreprise.

Référence du contrat individuel souscrit par ailleurs (nom de l'assureur, numéro de contrat, date d'échéance du contrat) :

.....

.....

.....

Ayant droit bénéficiant, par ailleurs, du régime spécial de Sécurité sociale des gens de la mer (ENIM)

Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle mon ayant droit cesse de bénéficier de sa couverture par ailleurs, ce qui entraîne son adhésion au régime de Frais de santé de mon entreprise.

Référence du contrat souscrit par ailleurs (nom de l'assureur, numéro de contrat, date du contrat, etc.) :

.....

.....

.....

Ayant droit bénéficiant, par ailleurs, de la Caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF)

Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle mon ayant droit cesse de bénéficier de sa couverture par ailleurs, ce qui entraîne son adhésion au régime de Frais de santé de mon entreprise.

Référence du contrat souscrit par ailleurs (nom de l'assureur, numéro de contrat, date du contrat, etc.) :

.....

.....

.....

Je renonce ainsi, pour la période pendant laquelle mon (mes) ayant(s) droit est (sont) dispensé(s), à la couverture complémentaire santé mise en place à leur profit dans mon entreprise ainsi qu'à leur droit à portabilité au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Je reconnais ainsi avoir été préalablement informé(e) par mon employeur des conséquences de mon choix.

Fait à : , le / /

Signature