

MODÈLE DE DECLARATION SUR L'HONNEUR A COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ SOUHAITANT ETRE DISPENSÉ D'ADHÉSION AU RÉGIME DE COMPLEMENTAIRE SANTÉ COLLECTIF ET OBLIGATOIRE

A REMETTRE AU CORRESPONDANT RH DE SON ORGANISME

Nom : Prénom(s) : N° agent :
Nom de naissance :
Date de naissance :
Adresse (n° - rue/voie - code postal - ville) :

Employeur :

Je me trouve dans l'une des situations suivantes et je demande à ne pas être affilié(e) au régime complémentaire de couverture des frais de santé collectif et obligatoire de mon organisme (*cocher la case correspondante à votre situation*) :

- Salarié(e) couvert(e) par une assurance individuelle de frais de santé lors de l'embauche (à titre principal ou d'ayant droit) jusqu'au ... /... /
- Salarié(e) bénéficiant de la complémentaire santé solidaire (CSS)
- Salarié(e) bénéficiant pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayant droit, d'une autre couverture relevant de l'un des dispositifs suivants :
 - Autre régime collectif obligatoire que la couverture en tant qu'ayant droit soit facultative ou obligatoire
 - Organisme de protection sociale complémentaire des fonctionnaires
 - Régime local d'Alsace-Moselle
 - Régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG)
 - Contrat d'assurance de groupe dit « Madelin »
- Salarié(e) sous contrat à durée déterminée ou de mission, dont la durée est inférieure à 3 mois, qui justifie être couvert par une couverture santé responsable (article L. 911-7 du code de la sécurité sociale)
Salarié qui bénéficie dans ce cas du versement santé
- Salarié(e) sous contrat de travail à durée déterminée, ou occupant un emploi saisonnier, d'une durée inférieure à douze mois
- Salarié(e) sous contrat à durée déterminée égale ou supérieure à douze mois qui justifie de la souscription d'une garantie frais de santé
- Salarié(e) à temps partiel (inférieur à un mi-temps) ou apprenti(e), n'ayant qu'un seul employeur, qui devrait acquitter, s'il/elle adhérerait, une cotisation au moins égale à 10 % de sa rémunération brute

J'ai été préalablement informé(e) par mon Employeur des conséquences de mon choix de renoncer au bénéfice du régime complémentaire de couverture des frais de santé collectif et obligatoire de mon organisme.

En renonçant à l'adhésion au régime, je renonce à tout remboursement de mes frais de santé et de mes frais d'hospitalisation ainsi qu'au bénéfice des services et prestations au titre dudit régime.

Je renonce également à la part patronale des cotisations et au bénéfice de la portabilité.

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'adhésion, notamment la dénomination de l'organisme assureur portant le contrat me permettant de solliciter la dispense ainsi que, le cas échéant, la date de fin de ce droit s'il est borné.

J'ai bien noté que je devrai justifier avant le 31 décembre de chaque année que je continue à remplir les conditions me permettant d'obtenir une dispense d'adhésion.

Fait à

Le : ... / ... / ...

Signature obligatoire de l'agent :

Attention : ne peuvent être invoqués que les cas de dispense d'affiliation ci-dessus énumérés.

À tout moment le salarié peut revenir sur sa décision et solliciter auprès de l'Employeur son affiliation au régime complémentaire de couverture des frais de santé.

En tout état de cause, le salarié devra s'affilier et cotiser au régime dès qu'il cesse de justifier de sa situation dérogatoire.