

# DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DEMANDE DE DISPENSE « DE DROIT » DU RÉGIME SANTÉ D'ENTREPRISE

## À adresser à l'employeur

(cf. les articles D. 911-2 à D. 911-6 du code de la Sécurité sociale)

### Note à destination des employeurs

**Attention !** Les demandes de dispense qui suivent ne doivent être formulées par les salariés qu'à des moments très précis :

- au moment de l'embauche,
- ou à la date de mise en place des garanties dans l'entreprise,
- ou à la date à laquelle prennent effet les couvertures ci-après.

**Il faut donc que la situation soit nouvelle, qu'il se soit passé quelque chose pour que le salarié puisse prétendre à être dispensé «de droit» du régime d'entreprise.**

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

Nom de l'entreprise : .....

Adresse de l'entreprise : .....

Je déclare être dans une des situations suivantes [Cocher la case correspondante] :

**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 au titre d'une autre entreprise (cas du salarié multi employeurs)
- Couverture collective obligatoire en tant qu'ayant droit (sous réserve que l'affiliation des ayants droit à cette couverture soit «obligatoire»)

Nom de l'entreprise : .....

Adresse de l'entreprise : .....

- Couverture collective obligatoire de l'entreprise dans le cas des couples qui travaillent dans la même entreprise
- Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle
- Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG)
- Protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique d'État ou de la fonction publique territoriale\*
- Contrat d'assurance de groupe dit « Madelin » destiné aux travailleurs indépendants\*

Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesse de bénéficier, le cas échéant, d'un de ces dispositifs.

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

Je bénéficie d'une dispense jusqu'à l'échéance de mon contrat, fixée au : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
(date du renouvellement annuel de votre contrat)

**Je suis en CDD ou en contrat de mission : la durée de la couverture frais de santé collective et obligatoire dont je bénéficie est inférieure à 3 mois et je suis déjà couvert(e) par une complémentaire santé responsable\*  
Je bénéficierai, sous certaines conditions\*\*, d'une aide de mon employeur pour financer cette complémentaire santé**

**Je bénéficie de l'aide à la complémentaire santé (ACS)\***

**Je bénéficie de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)\***

Dans l'un ou l'autre des cas (ACS ou CMU-C) je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesserai de bénéficier, le cas échéant, de cette couverture ou de cette aide.

Référence du contrat souscrit par ailleurs : .....  
.....  
(Indiquer le nom de l'organisme assureur et la référence du contrat)

**En appliquant l'un des cas exposés ci-dessus, je renonce, pour la période pendant laquelle je suis dispensé(e) :**

- **au régime de couverture santé mis en place dans mon entreprise,**
- **à la participation financière de l'employeur correspondant audit régime,**
- **ainsi qu'au bénéfice de mes droits à portabilité (article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale),**
- **au bénéfice des dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 30 décembre 1989,**
- **et enfin aux avantages sociaux et fiscaux attachés audit régime.**

Je m'engage à signaler à mon employeur toute modification ayant une incidence sur mes droits à bénéficier d'une dispense.  
Je reconnais ainsi avoir été préalablement informé(e) par mon employeur des conséquences de mon choix.

Fait à ....., le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Signature :

\* Renseigner, dans ce cas, le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » ci-dessus.

\*\* Le contrat complémentaire santé doit respecter les règles du contrat « responsable ». Afin de bénéficier de cette aide, vous ne devez pas déjà bénéficier pour ce contrat d'une des aides suivantes :

- couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C);
- aide à la complémentaire santé (ACS);
- contribution d'un autre employeur au financement d'une complémentaire santé collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit (sous réserve que l'affiliation des ayants droit à cette couverture soit obligatoire);
- participation d'un employeur public au financement de la complémentaire santé des fonctionnaires.