



DECLARATION SUR L'HONNEUR DEMANDE DE DISPENSE « DE DROIT » DU REGIME SANTE D'ENTREPRISE

À adresser à l'employeur

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

Certains cas de dispense sont « **d'ordre public** » ou « **de droit** » : le salarié peut s'en prévaloir, même s'ils ne sont pas indiqués dans la Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE) ou l'accord collectif.

Note à destination des employeurs et salariés

Attention ! Les demandes de dispense qui suivent (cas de dispense d'ordre public) 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, et/ou qu'un évènement se soit produit pour que le salarié puisse prétendre à être dispensé de plein 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, par ailleurs, 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⁽¹⁾ :

- Couverture collective obligatoire au titre d'une autre entreprise (cas du salarié multi employeurs).
- Couverture collective obligatoire en tant qu'ayant droit.
- 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.

APICIL PREVOYANCE - Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale et enregistrée sous le numéro SIREN 321 862 500, situé 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire.

APICIL MUTUELLE - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553, situé 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire.

SP22/FCR0029

Je suis déjà couvert(e) par une couverture complémentaire santé individuelle (1).

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

Je suis en Contrat à Durée Déterminée (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 par une complémentaire santé responsable (1).

Je bénéficierai, sous certaines conditions (2), d'une aide de mon employeur pour financer cette complémentaire santé.

Je bénéficie de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) (Fusion de l'ex ACS et CMU-C) (1).

La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture.

(1) Référence du contrat souscrit par ailleurs :

.....
.....

[Indiquer ici 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,**
- **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

(1) Renseigner le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » ci-dessus.

(2) 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 :

- Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ;
- 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.

APICIL PREVOYANCE - Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale et enregistrée sous le numéro SIREN 321 862 500, situé 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire.

APICIL MUTUELLE - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et enregistrée sous le numéro SIREN 302 927 553, situé 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire.

SP22/FCR0029