



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

À adresser à l'employeur

(cf article R. 242-1-6 du code de la Sécurité sociale)

Certains cas de dispense peuvent être prévus directement dans l'acte de mise en place du régime, et être utilisés ou non au choix du salarié.

Note à destination des employeurs et salariés

Les demandes de dispense qui suivent peuvent être formulées à tout moment sauf disposition plus contraignante dans l'acte de mise en place du régime.

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 salarié ou apprenti sous contrat à durée déterminée (CDD) d'une durée au moins égale à douze mois, bénéficiaire d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ⁽¹⁾.

Je suis salarié ou apprenti sous contrat à durée déterminée (CDD) d'une durée inférieure à douze mois, bénéficiaire ou non d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.

Je suis en temps partiel ou apprenti, l'adhésion au régime frais de santé mis en place chez mon employeur me conduit à m'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de ma rémunération brute.

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.

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

- 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 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 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.