

DEMANDE DE DISPENSE D’AFFILIATION AU RÉGIME FRAIS DE SANTE DES SALARIES (A ADRESSER A L’EMPLOYEUR)

*[ATTESTATION A COMPLETER PAR LE SALARIE SOUHAITANT ETRE DISPENSE D’AFFILIATION ET A REMETTRE A L’EMPLOYEUR.
Attestation et justificatifs à conserver par l’employeur].*

Je soussigné(e) :

Salarié(e) de l’entreprise *[Inscrire le nom et l’adresse de l’entreprise]* :

.....

→ Je demande par la présente à être dispensé d’adhésion au régime frais de santé collectif et obligatoire mis en place dans mon entreprise car je me trouve dans l’une des situations suivantes *[Cocher la case correspondante]* :

- Salarié(e) embauché(e) avant la mise en place des garanties. *[Cette dispense n’est possible que si le régime mis en place par DUE est le premier régime de prévoyance complémentaire « Frais de santé » institué dans l’entreprise (absence de régime antérieur de même nature).]*
- Salarié(e) bénéficiaire d’une couverture complémentaire en application de l’article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale (Complémentaire Santé Solidaire) ». Je m’engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesserai de bénéficier, le cas échéant, de cette couverture.
- Salarié(e) déjà couvert(e) par une couverture complémentaire santé individuelle au moment de mon embauche ou de la mise en place de la couverture collective et obligatoire dans mon entreprise. *[Renseigner dans ce cas le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » en fin de document.]*

Je bénéficie d’une dispense jusqu’à l’échéance de mon contrat, fixée au : ___ / ___ / ___ *[Indiquer ici la date du renouvellement annuel de votre contrat.]*

Salarié(e) bénéficiaire, en tant que salarié(e) 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 *[cocher la case correspondante]* : Je m’engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesse de bénéficier, le cas échéant, d’un de ces dispositifs.

- Couverture collective obligatoire d’une autre entreprise ou de l’entreprise dans le cas des couples qui travaillent dans la même entreprise.

.....
.....

[Inscrire ici le nom et l’adresse de l’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) - au titre d’un autre emploi si j’utilise cette dispense en tant que salarié.
- Protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique d’État ou de la fonction publique territoriale. *[Renseigner dans ce cas le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » en fin de document.]*
- Contrat d’assurance de groupe dit « Madelin » destiné aux travailleurs indépendants. *[Renseigner dans ce cas le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » en fin de document.]*
- Salarié en CDD ou en contrat de mission pour une durée de moins de 3 mois et couvert par une complémentaire santé responsable. *[Renseigner dans ce cas le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » en fin de document.]* Je bénéficierai d’une aide de mon employeur pour financer cette complémentaire santé sous certaines conditions.

Ce document n’a pas de valeur juridique. Il s’agit d’un modèle destiné à aider l’employeur dans la gestion des demandes de dispense d’affiliation.

- Salarié(e) ou apprenti(e) bénéficiaire d'un CDD ou contrat de mission de moins de 12 mois.
- Salarié(e) ou apprenti(e) bénéficiaire d'un CDD ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois et j'ai souscrit une complémentaire santé individuelle. *[Renseigner dans ce cas le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » en fin de document.]*
- Salarié(e) ou apprenti(e) dont la cotisation est au moins égale à 10% de leur rémunération brute.

Référence du contrat souscrit par ailleurs :

.....

.....

[Indiquer ici le nom de l'organisme assureur et la référence du contrat.]

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, aux bénéfices des dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 et aux avantages sociaux et fiscaux.

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

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'affiliation.

J'ai bien noté qu'en fonction de ma situation, un justificatif sera à fournir chaque année (cf. tableau page suivante).

Fait à

Le

Signature du salarié

Tableau de synthèse des cas de dispense d'affiliation et des justificatifs à fournir par le salarié

	Cas de dispenses	Mise en œuvre	Durée d'application	Justificatifs à fournir
Dispenses de plein droit ¹	Salariés déjà couverts par une assurance individuelle	Embauche ou mise en place des garanties	Jusqu'à l'échéance annuelle du contrat individuel	Formulaire de demande de dispense signé + attestation justifiant d'une couverture souscrite à titre individuel.
	Salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité Sociale (complémentaire santé solidaire)	Embauche ou mise en place des garanties ou date de prise d'effet de la couverture ou date d'ouverture des droits à la CSS	Jusqu'à l'échéance de l'aide	Formulaire de demande de dispense signé + attestation justifiant du bénéfice de la couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité Sociale (complémentaire santé solidaire)
	Salariés bénéficiaires, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective et obligatoire ou assimilée		Terme de la couverture dont le salarié bénéficie y compris en tant qu'ayant droit	Formulaire de demande de dispense signé + attestation <u>à renouveler chaque année</u> justifiant de la prise en charge à titre collectif et obligatoire par un autre régime.
	Salariés et apprentis en CDD ou contrat de mission dont la durée de la couverture obligatoire est inférieure à 3 mois et qui bénéficient déjà d'un contrat responsable	Embauche ou mise en place	Terme du contrat de travail	Formulaire de demande de dispense signé + attestation justifiant du bénéfice d'un contrat "responsable"
Dispenses pouvant être prévues ou non dans l'acte juridique ²	Salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute	Embauche ou mise en place des garanties	Lorsque la cotisation ne représente plus 10% de la rémunération	Formulaire de demande de dispense signé
	Salariés et apprentis en CDD ou contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois		Durée du contrat de travail	Formulaire de demande de dispense signé
	Salariés et apprentis en CDD ou contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois à la condition de justifier d'une couverture par ailleurs			Formulaire de demande de dispense signé + attestation justifiant d'une couverture souscrite par ailleurs.
Dispenses réservées aux régimes mis en place par DUE ³	Salariés présents dans l'entreprise avant la mise en place d'un régime par DUE lorsque le dispositif est financé à 100% (dispense devant être prévue par l'acte juridique instituant le régime).	Mise en place des garanties et suppression du financement intégral par l'employeur	Durée du régime	Formulaire de demande de dispense signé
	Article 11 de la loi Evin (dispense invocable de plein droit par le salarié).			

(1) Ces dispenses (prévues à l'article D. 911-2 et L. 911-7 du code de la sécurité sociale) sont invocables par le salarié même si elles ne sont pas écrites dans l'acte juridique de mise en place du régime (DUE, accord référendaire ou accord collectif)

(2) Ces dispenses ne sont invocables par le salarié qu'à la condition d'être écrites dans l'acte juridique de mise en place du régime

(3) Ces dispenses ne sont invocables par le salarié que si le régime mis en place par DUE est le premier régime de cette nature institué dans l'entreprise (absence de régime antérieur de même nature).

DEMANDE DE DISPENSE D’AFFILIATION AU RÉGIME FRAIS DE SANTE DES AYANTS DROIT (A ADRESSER A L’EMPLOYEUR)

[Attestation à compléter par le salarié souhaitant qu’un ou plusieurs de ses ayants droit soient dispensés d’affiliation et à remettre à l’employeur. Attestation et justificatifs à conserver par l’employeur].

Je soussigné(e) :

Salarié(e) de l’entreprise *[Inscrire le nom et l’adresse de l’entreprise]* :

Ayant comme ayant(s) droit *[Inscrire le nom du et des ayants droit concernés]* :

→ Je demande par la présente à dispenser mon (mes) ayant(s) droit mentionné(s) ci-dessus d’adhérer au régime frais de santé collectif et obligatoire mis en place dans mon entreprise car il(s) est (sont) dans l’une des situations suivantes *[Cocher la case correspondante]* :

Couverture collective obligatoire d’une autre entreprise :

.....
.....

[Inscrire ici le nom et l’adresse de l’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) - au titre d’un autre emploi si j’utilise cette dispense en tant que salarié.

Protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique d’État ou de la fonction publique territoriale. *[Renseigner dans ce cas le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » en fin de document.]*

Contrat d’assurance de groupe dit « Madelin » destiné aux travailleurs indépendants. *[Renseigner dans ce cas le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » en fin de document.]*

Référence du contrat souscrit par ailleurs :

.....
.....

[Indiquer ici le nom de l’organisme assureur et la référence du contrat.]

Je m’engage à signaler à mon employeur la date à laquelle mon (mes) ayant(s) droit cesse(nt) de bénéficier, le cas échéant, d’un de ces dispositifs.

Je reconnais avoir été préalablement informé que pour la période pendant laquelle mon (mes) ayant(s) droit est (sont) dispensé(s), ils ne peuvent prétendre au bénéfice de la couverture complémentaire santé mise en place dans mon entreprise.

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’affiliation.

Fait à

Le

Signature du salarié