DISPENSE ENTRAINANT LE PAIEMENT D'UN VERSEMENT SANTE

- **Cas n° 8** : les salariés sous contrat à durée déterminée ou sous contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à trois mois et justifiant d'une couverture au titre d'un **contrat frais de santé responsable**.
- **Cas n° 9** : les salariés à temps partiel dont la durée de travail est inférieure ou égale à 15h hebdomadaires et justifiant d'une couverture au titre d'un **contrat frais de santé responsable**.

Attention, dans le cadre d'une demande de dispense d'affiliation à la complémentaire santé, le salarié devra obligatoirement fournir la présente attestation sur l'honneur.

J'atteste être actuellement couvert par _____ jusqu'au |__| |__| |__| |
(le salarié note le nom de l'assurance auprès de laquelle il est affilié)

Dans le cadre du cas n° :

Par ma signature, j'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et avoir pris connaissance des garanties et conditions de la complémentaire santé existante dans l'entreprise ci-dessus identifiée, au moyen de la notice d'information remise par mon employeur, ainsi que des conditions de leur maintien après cessation du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage pour une durée égale à l'ancienneté acquise au sein de l'entreprise, avec un maximum de 12 mois. Ainsi préalablement informé de ces conséquences, j'entends néanmoins bénéficier de la dispense d'affiliation à cette complémentaire santé.

Cachet et signature de
l'employeur Le
...../...../.....

Signature du
salarié Le
...../...../