

À COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ ET À RETOURNER PAR L’EMPLOYEUR À :
MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES - 9 RUE DE GUEBWILLER - 68023 COLMAR CEDEX

RÉSERVÉ À MUTUALIA

CONTRAT DE BASE :

N° TIERS / N°CONTRAT :

SALARIÉ(E)

NOM :PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : | | | | | VILLE :

N° SÉCURITÉ SOCIALE :

ENTREPRISE

NOM DE L’ENTREPRISE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : | | | | | VILLE :

N° SIRET : | | | | | | | | | | | | | | | |

DISPENSE D’AFFILIATION

Je demande à ne pas être affilié(e) au régime collectif obligatoire de frais de santé car je me retrouve dans l’une des situations suivantes :

Salarié(e) et apprenti(e) bénéficiaire d’un contrat à durée déterminée ou d’un contrat de mission d’une durée au moins égale à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d’une couverture individuelle souscrite pour le même type de garantie ;

Salarié(e) et apprenti(e) bénéficiaire d’un contrat à durée déterminée ou d’un contrat de mission d’une durée inférieure à 12 mois même si je ne bénéficie pas d’une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;

Salarié(e) à temps partiel et apprenti(e) dont l’adhésion au système de garanties me conduirait à m’acquitter d’une cotisation au moins égale à 10 % de ma rémunération brute à condition de la justifier par écrit en produisant tous documents attestant d’une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;

Salarié(e) bénéficiaire de l’aide à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS). La dispense peut jouer jusqu’à la date à laquelle je cesse de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

Salarié(e) couvert par une assurance individuelle au moment de la mise en place des garanties ou de l’embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu’à échéance du contrat individuel ;

Salarié(e) bénéficiaire par ailleurs, pour les mêmes risques, y compris en tant qu’ayants droit, d’une couverture collective relevant de l’un des dispositifs suivants (cf. arrêté du 26 mars 2012 modifié) :

- Dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire Complémentaire santé collective et obligatoire conformément à l’article L. 242-1 du Code de la Sécurité Sociale (ainsi la dispense d’adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire.) ;
- Régime local d’Alsace Moselle ;
- Régime complémentaire relevant de la caisse d’assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
- Mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- Contrats d’assurance de groupe dits « Madelin » ;
- Régime spécial de sécurité sociale des gens de la mer (ENIM)
- Caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRSNCF)

Salarié(e) en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission dont la durée de la couverture collective et obligatoire dont je bénéficie est inférieure à 3 mois et disposant par ailleurs d’une couverture santé respectant les règles du contrat responsable.

Signature au dos →

J’ai été préalablement informé(e) par mon employeur des conséquences de la renonciation au bénéfice du régime collectif et obligatoire de frais de santé. En renonçant à l’affiliation au régime frais de santé, je renonce à tout remboursement au titre dudit régime si j’ai des frais de santé ou d’hospitalisation, et au versement des prestations du régime en cas de maladie ou d’accident. Je renonce également à la part patronale des cotisations, au bénéfice de la portabilité des droits en cas de chômage indemnisé et au bénéfice du maintien des garanties au titre de l’article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 2009 dite loi Evin.

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.

SIGNATURE DU SALARIÉ(E)

Fait à :

Signature :

Le : | | | / | | | / | | | | |