

01 73 10 30 54

Imprimé N°1



Demande de dispense d'affiliation

Conformément à l'Accord d'entreprise, vous pouvez être dispensé d'affiliation.

Si vous êtes concerné(e) par l'une des dispenses listées ci-après, cochez la case adéquate, signez au bas de la page.

Retournez cet imprimé accompagné du justificatif correspondant à :

Aon - Service Vitali Santé - 28 allée de Bellevue - CS 70000 - 16918 Angoulême Cedex 9

je soussigné :

N de matricule du salarié :

Nom/prénom :

Nº S.S.: _____

N° de téléphone :

Date de naissance :

e-mail :@.....

Sexe : ☐ M ☐ F

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Veuf ☐ Divorcé

☐ Marié ☐ Concubin/pacsé

demande à être dispensé d'affiliation de Vitali Essentiel aupour le motif suivant et je ne cotiserai pas sur mon bulletin de paie et ne bénéficierai pas des remboursements

(cocher l'une des cases ci-dessous et joindre la pièce à produire correspondante)

Cas de dispenses	Pièces à produire
<input type="checkbox"/> Vous êtes en CDD et votre contrat de travail a une durée inférieure à 12 mois	Compléter : Date début de CDD _____ Date fin de CDD _____
<input type="checkbox"/> Vous êtes en CDD, votre contrat de travail a une durée supérieure ou égale à 12 mois et vous pouvez justifier d'une couverture santé par ailleurs	Compléter : Date début de CDD _____ Date fin de CDD _____ Et joindre l'attestation de votre assureur actuel justifiant de votre couverture santé
<input type="checkbox"/> Votre temps de travail est inférieur à un mi temps, vous n'avez qu'un seul employeur et votre cotisation salariale représenterait au moins 10 % de votre rémunération brute	Attestation de votre Employeur

Document à renvoyer avec les pièces justificatives

■ Par courrier :

Aon - Service Vitali Santé - CS 70000
28 allée de Bellevue - 16918 Angoulême Cedex 9

Le dossier peut également nous être adressé via la page contact de votre espace santé en ligne en vous connectant à l'adresse : monportailsante.aon.fr

Fait à le.....

Signature

Je reconnais avoir reçu la notice d'information sur les garanties frais de santé souscrites par mon entreprise à effet du 1^{er} juillet 2012 auprès de Malakoff Médéric.

J'autorise votre Société à communiquer ces informations et celles collectées ultérieurement et notamment les données de santé, à ses partenaires dans le cadre de la gestion et l'exécution du contrat au sein de l'Union Européenne. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'Aon - 28, allée de Bellevue - CS 70000 - 16918 Angoulême cedex 9 (Loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

Pour plus d'information sur notre politique de protection des données personnelles, vous pouvez consulter <http://www.aon.com/france/aon-france/donneespersonnelles.jsp>, également consultable depuis votre espace assuré.