

## COUPON REPONSE RELATIF A LA DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR DU REGIME OBLIGATOIRE FRAIS DE SANTE

Je soussigné. e .....

<☑ Déclare avoir reçu de mon employeur le document intitulé « Régime obligatoire frais de santé mis en place par Décision Unilatérale de l'employeur (DUE) »

<☑ Reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information Frais de santé conforme aux dispositions de l'article L141-4 du Code des Assurances.

☐ Je **souhaite être affilié** au régime obligatoire Frais de santé souscrit par Normandie Images

☐ **je refuse mon adhésion** au régime obligatoire Frais de santé, au titre de la disposition suivante (merci de rayer la formule qui ne convient pas) :

<☑ En qualité de salarié.e bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire. Je m'engage à justifier auprès de mon employeur du bénéfice de ce dispositif.

< En qualité de salarié.e bénéficiant d'un contrat à durée déterminée de moins de 3 mois et justifiant d'une couverture individuelle responsable (couverture par une mutuelle à titre personnel ou en tant qu'ayant-droit).

Dans ce cas de figure, la ou le salarié.e peut demander à bénéficier du versement santé, à condition qu'elle ou il soit couvert par une assurance santé à titre personnel et respectant le « contrat responsable ».

Fait à .....Le .....

Signature de la ou du salarié

---

## COURRIER DE DEMANDE DE DISPENSE

Je soussigné.e. .... salarié.e de Normandie Images le..... (date.s) .....

demande à être dispensé.e du fait de ma situation personnelle évoquée ci-dessus.

Je suis rattachée.e à la Mutuelle : ..... jusqu'au (date de fin de droit) : .....

J'ai été informée.e des conséquences de mon choix et suis bien conscient.e que ma demande ne me fera pas bénéficier du régime prévu par les dispositions de branche en matière de santé.

Fait à ..... le .....

Signature

**Nota** : cette demande de dispense ne sera effective qu'à partir du moment où une attestation d'affiliation, délivrée par votre mutuelle, sera fournie à l'employeur.