|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEMANDE DE DISPENSE D’ADHESION AU CONTRAT FRAIS DE SANTE** | | |
| **DATE D’EFFET DE LA DISPENSE :** | | \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ 20\_\_\_\_ |
| **DATE D’EXPIRATION DE LA DISPENSE** (cas d et e) : | | \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ 20\_\_\_\_ |
| **NOM DU SALARIE :** | |  |
|  | |  |
| **CAS DE DISPENSE :** | | **JUSTIFICATIF JOINT :** |
| a) | 🔾 Salarié ou apprenti bénéficiaire d’un CDD ou d’un contrat de mission supérieur ou égal à 12 mois | 🔾 Copie du contrat de frais de santé individuel |
| b) | 🔾 Salarié ou apprenti bénéficiaire d’un CDD ou d’un contrat de mission inférieur à 12 mois | Pas de justificatif. |
| c) | 🔾 Salarié à temps très partiel ou apprenti dont l’adhésion conduirait à s’acquitter d’une cotisation supérieure à 10% de leur salaire brut. | Pas de justificatif. |
| d) | 🔾 Salarié couvert par la CMU-C ou l’aide à l’acquisition d’une complémentaire frais de santé  La dispense cesse à l’expiration de l’aide | 🔾 Copie de l’attestation de droit |
| e) | 🔾 Salarié couvert par une assurance individuelle frais de santé le jour de l’embauche.  La dispense cesse à l’échéance du contrat | 🔾 Copie du contrat d’assurance |
| f) | 🔾 Salarié bénéficiaire, y compris en tant qu’ayant droit, d’une couverture collective relevant d’un dispositif conforme à ceux fixés par arrêté du ministère des affaires sociales, à condition d’en justifier chaque année | 🔾 Attestation de l’employeur du conjoint certifiant que la couverture est collective, obligatoire et familiale.  A renouveler chaque année |
| Le salarié soussigné demande expressément à bénéficier du cas dérogatoire mentionné ci-dessus.  Le salarié soussigné atteste avoir été préalablement informé par son employeur des conséquences de son choix, notamment les risques liés à l’absence ou l’insuffisance de couverture frais de santé.  Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_  Signature du salarié : | | |