

# Demande de maintien de dispense d'affiliation

À compléter et à fournir chaque année par le salarié à son employeur

Pour l'année 20\_\_\_\_\_

## EXPÉDITEUR

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal | | | | | |

Ville \_\_\_\_\_

## DESTINATAIRE

(inscrivez ici les coordonnées de votre employeur)

Société \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal | | | | | |

Ville \_\_\_\_\_

Je, soussigné \_\_\_\_\_, demande à maintenir  
ma dispense d'affiliation au régime complémentaire Santé mis en place dans le cadre de l'Accord du \_\_\_\_\_,  
conclu par les partenaires sociaux de l'agriculture des départements \_\_\_\_\_<sup>(1)</sup>  
pour le motif suivant : \_\_\_\_\_  
correspondant au cas n° \_\_\_\_\_.

Vous trouverez, joints les justificatifs nécessaires.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à \_\_\_\_\_

Signature

Le | | | | | |



(1) Indiquez les références de l'accord dont vous relevez.

Exemple : Accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en Agriculture.

Puis indiquer votre situation telle que prévue par l'Accord dont vous relevez (voir la notice d'information remise par votre employeur).