

A compléter par le salarié et à fournir chaque année à l'employeur  
Pour l'année 20..

### EXPEDITEUR (Salarié)

Nom : [ \_\_\_\_\_ ]

Prénom : [ \_\_\_\_\_ ]

Adresse : [ \_\_\_\_\_ ]

[ \_\_\_\_\_ ]

Code Postal : [ | | | | | ]

Ville : [ \_\_\_\_\_ ]

### DESTINATAIRE

(inscrivez ici les coordonnées de votre employeur)

Société : [ \_\_\_\_\_ ]

Adresse : [ \_\_\_\_\_ ]

[ \_\_\_\_\_ ]

Code Postal : [ | | | | | ]

Ville : [ \_\_\_\_\_ ]

Je, soussigné \_\_\_\_\_ demande une dispense  
d'affiliation au régime Complémentaire santé mis en place dans le cadre de l'Accord départemental du 28 avril 2009 pour  
une protection sociale complémentaire en agriculture pour le motif suivant (voir au dos les cas possibles et cocher le n° du  
cas concerné) :

Cas n°1 ;  Cas n°2 ;  Cas n°3 ;  Cas n°4 ;  Cas n°5 ;  Cas n°6 ;  Cas n°7,  Cas n°8,  Cas n°9,  Cas n°10

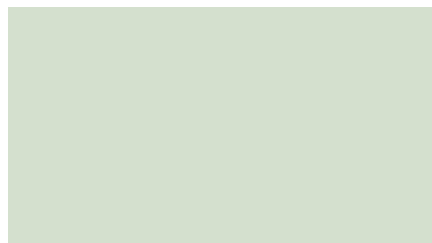
Vous trouverez, joints les justificatifs nécessaires.

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

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature



## Cas de dispense d'affiliation à l'assurance Complémentaire santé des salariés non cadres<sup>(1)</sup> de la production agricole du département de la Saône-et-Loire relevant de l'Accord départemental du 28 avril 2009.

Vous pouvez choisir de ne pas être affilié à l'assurance Complémentaire santé si vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes :

- Cas n°1** : si vous bénéficiez d'une assurance Complémentaire santé en qualité d'ayant droit de votre conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, vous pouvez demander à être exclu du régime Complémentaire santé dès lors que vous apportez un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations au moins équivalentes.
- Cas n°2** : si vous bénéficiez de la CMU-C. Cette dispense ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel (si vous ne pouvez pas le résilier par anticipation).
- Cas n°3** : si vous bénéficiez de l'aide à l'acquisition d'une Complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du Code de la Sécurité sociale. Cette dispense ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel (si vous ne pouvez pas le résilier par anticipation).
- Cas n°4** : si vous êtes couvert par une assurance Complémentaire santé individuelle au moment de votre embauche. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel.
- Cas n°5** : si vous bénéficiez d'une couverture Complémentaire santé obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément, pour un niveau de prestations au moins équivalent,
- Cas n°6** : si vous êtes salarié à temps partiel, ou en contrat de formation par alternance (notamment apprenti) dès lors que votre cotisation complémentaire santé est égale ou supérieure à 10% de votre rémunération brute<sup>(2)</sup>,
- Cas n°7** : si vous êtes salarié sous contrat à durée déterminée y compris si vous êtes apprenti, dont la durée du contrat de travail est supérieure à 6 mois et inférieure à 12 mois,
- Cas n°8** : si vous êtes salarié sous contrat à durée déterminée y compris si vous êtes apprenti, dont la durée du contrat de travail est supérieure à 12 mois, ayant souscrit une couverture Complémentaire santé par ailleurs,
- Cas n°9** : Cas du salarié à employeurs multiples  
Si vous avez plusieurs employeurs relevant du champ d'application de l'Accord départemental du 28 avril 2009, vous-même et un seul de vos employeurs cotisez auprès de l'organisme assureur. Il s'agit du premier employeur auprès duquel vous avez acquis la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre vos employeurs et vous-même.

**La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande écrite de votre part en joignant les justificatifs de votre situation.**

La demande de dispense d'affiliation écrite doit parvenir à votre employeur au plus tard avant la fin du 1<sup>er</sup> mois qui suit celui de l'obtention de la condition de 6 mois d'ancienneté.

**Vous devrez annuellement apporter à votre employeur la preuve de votre situation justifiant de la dispense d'affiliation.**

Si vous ne remplissez plus les conditions requises à la dispense d'affiliation, vous devez en informer votre employeur. Vous serez alors affilié obligatoirement au régime Complémentaire santé à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant.

La dispense prend fin en cas de modification de votre situation ne vous permettant plus d'en justifier les conditions, en cas de non renouvellement annuel des justificatifs, ou à votre demande.

- Cas n°10** : Cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise  
Si vous-même et votre conjoint, partenaire d'un PACS ou concubin, travaillez dans la même entreprise, seul l'un d'entre vous doit être affilié en propre en qualité de participant, l'autre pouvant ne l'être qu'en qualité d'ayant droit.

Pour tous les cas de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par vous ni par votre employeur.

<sup>(1)</sup> Ensemble du personnel ne relevant pas des articles 4 et 4bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention, ayant 6 mois d'ancienneté et plus dans l'entreprise.

<sup>(2)</sup> En cas d'augmentation de votre rémunération si vous êtes salarié à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de votre durée de travail, si la cotisation représente moins de 10% de celle-ci de façon pérenne, vous devrez alors obligatoirement cotiser au régime Complémentaire santé.