

Demande de dispense d'affiliation à la couverture complémentaire santé collective et obligatoire prévue par l'accord du 8 juillet 2009, révisé par avenant n°203 du 2 février 2017 au bénéfice des salariés agricoles non cadres des exploitations et CUMA viticoles de la Champagne délimitée

(cf. articles L.911-7, L.911-7-1, R.242-1-6, D.911-2 du code de la Sécurité sociale)

A remplir par le salarié et à remettre à l'employeur

Je soussigné(e)..... demande à être dispensé(e) de la couverture complémentaire santé mise en place à titre collectif et obligatoire dans mon entreprise *[Inscrire ici le nom et l'adresse de l'entreprise]* :

.....

Je déclare être dans une des situations suivantes *(cocher la case correspondante)* :

Cas N°1 :

- Je bénéficie de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).**

Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesserai de bénéficier, le cas échéant, de cette couverture. **Je joins à la présente demande l'attestation CMU-C.**

Cas N°2 :

- Je bénéficie de l'aide à la complémentaire santé (ACS) *(renseigner dans ce cas le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » en fin de document)*.**

Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesserai de bénéficier, le cas échéant, de cette couverture. **Je joins à la présente demande l'attestation de ma complémentaire santé indiquant l'application de l'ACS.**

Cas N°3 :

- Je suis salarié(e) déjà couvert(e) par une couverture complémentaire santé individuelle au moment de mon embauche *(renseigner dans ce cas le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » en fin de document)*.**

Je ne bénéficie d'une dispense que jusqu'à l'échéance de mon contrat, fixée au/.../.... **Je joins à la présente demande l'attestation de ma complémentaire santé individuelle mentionnant la date d'échéance + la copie de mon contrat de travail.**

Cas N°4 :

- Je suis bénéficiaire, en tant que salarié au titre d'un autre emploi ou en tant qu'ayant droit (par exemple au titre de mon conjoint), d'une couverture complémentaire santé au titre d'un des dispositifs suivants :**

- Couverture collective obligatoire (y compris en « famille ») d'une autre entreprise *[Inscrire ici le nom et l'adresse de l'entreprise + joindre l'attestation mentionnant le caractère « famille obligatoire»]* :

.....

- Protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique d'Etat ou de la fonction publique territoriale *(renseigner dans ce cas le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » en fin de document) ;*

- Contrat d'assurance de groupe dit « Madelin » destiné aux travailleurs indépendants *(renseigner dans ce cas le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » en fin de document) ;*

- Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas- Rhin et de la Moselle;

- Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG).

Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesse de bénéficier le cas échéant, d'un de ces dispositifs. **Je joins à la présente demande l'attestation de l'organisme assureur.**

Cas N°5 :

- Je suis salarié(e) ou apprenti(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois et j'ai souscrit par ailleurs une complémentaire santé individuelle (*renseigner dans ce cas le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » en fin de document*). Je joins à la présente demande l'attestation de l'organisme assureur + la copie de mon contrat de travail.

Cas N°6 :

- Je suis salarié(e) ou apprenti(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission supérieur à 3 mois et de moins de 12 mois et j'ai souscrit par ailleurs une complémentaire santé individuelle (*renseigner dans ce cas le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » en fin de document*). Je joins à la présente demande l'attestation de l'organisme assureur + la copie de mon contrat de travail.

Cas N°7 :

- Je suis salarié(e) à temps partiel et apprenti(e) et ma cotisation à la complémentaire santé collective de mon entreprise représenterait au moins 10 % de ma rémunération brute et j'ai souscrit par ailleurs une complémentaire santé individuelle (*renseigner dans ce cas le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » en fin de document*). Je joins à la présente demande les 3 derniers bulletins de salaire ou le bulletin de décembre de l'année précédente.

Cas N°8 :

- Je suis bénéficiaire, en tant qu'ayant droit, de la couverture complémentaire santé de mon conjoint, concubin ou partenaire de PACS, qui travaille dans la même entreprise. Je joins à la présente demande l'attestation de mon employeur.

La mise en oeuvre d'un de ces cas de dispenses 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 1er mois qui suit celui de l'obtention de la condition 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 1er 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.

Il est rappelé qu'au titre de l'accord précité **ne sont pas affiliés au contrat** les salariés dont la durée du contrat de travail ou du contrat de mission est inférieure ou égale à 3 mois et ceux dont la durée effective de travail prévue par ce contrat est inférieure ou égale à 15 heures par semaine.

En contrepartie, le salarié concerné reçoit un « **versement santé** », s'il en fait la demande à son employeur dès la date de son embauche et s'il justifie avoir personnellement souscrit un contrat complémentaire « santé » présentant un caractère « solidaire » et « responsable » portant sur la période concernée.

Ce versement ne peut être cumulé avec le bénéfice de la CMU-C, de l'ACS, d'une couverture collective et obligatoire y compris en tant qu'ayant droit ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Référence du contrat souscrit par ailleurs (indiquer ici le nom de l'organisme assureur et la référence du contrat).

Je renonce ainsi, pour la période pendant laquelle je suis dispensé(e), à la couverture complémentaire santé mise en place à titre collectif et obligatoire dans mon entreprise.

Je reconnais avoir été préalablement informé(e) par mon employeur des conséquences de mon choix, à savoir que je ne serai pas couvert (*ni le cas échéant mes ayants droit*) et ne bénéficierai donc pas des garanties santé venant compléter les prestations servies par la le régime obligatoire de protection sociale, ni le cas échéant, du maintien de ces garanties en cas de la rupture de mon contrat de travail (portabilité des droits prévue dans le cadre de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale).

Fait à le

Une fois complété et signé par le salarié, un exemplaire est à conserver par l'employeur et un autre exemplaire est à retourner complété et signé à

**Groupama Nord Est Pôle - Prévoyance Collectives - 12 boulevard Roederer
CS20049
51721 REIMS CEDEX**

A compléter par l'employeur :

Cachet :

Date

Signature