

**Demande de dispense d'affiliation à la couverture complémentaire santé collective et obligatoire prévue par l'accord du 17 juin 2009 au bénéfice des salariés agricoles non cadres des exploitations agricoles et des CUMA de Picardie, des exploitations de cultures spécialisées de l'Aisne, des entreprises des Territoires de Picardie et des propriétaires forestiers de l'Aisne**

(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 Complémentaire Santé Solidaire**

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 Solidaire.**

**Cas N°2 :**

**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°3 :**

**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 complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG);

Régime spécial de Sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;

Caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

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°4 :**

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°5 :**

Je suis salarié(e) ou apprenti(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure 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) 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 <sup>(1)</sup> (*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.

(1) 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.

*La mise en œuvre 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 de votre embauche.*

***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.

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 Complémentaire Santé Solidaire, 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 **ANIPS/Groupama Gan Vie - CS 40189 - 86962 Futuroscope Cedex**

**A compléter par l'employeur :**

Cachet :

Date

Signature