

Demande de dispense d'adhésion au régime complémentaire frais médicaux mis en place par accord d'entreprise
--

Je soussigné _____

Déclare avoir été informé par mon employeur de l'existence d'un régime complémentaire frais médicaux obligatoire dans l'entreprise.

Reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information Frais Médicaux conformément aux dispositions de l'article L141-4 du code des assurances.

Demande par la présente une dispense d'affiliation au titre de la disposition suivante (*cochez la case correspondante*) :

- En qualité de salarié bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire en application de l'article L861-3 du Code de la Sécurité Sociale ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L 863-1 du même code. Je m'engage à justifier auprès de mon employeur du bénéfice de ce dispositif et prends note que la dispense prend fin dès que je ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçois plus cette aide
- En qualité de salarié ou apprenti bénéficiant d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission inférieur à 12 mois.
- En qualité de salarié ou apprenti bénéficiant d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission supérieur ou égal à 12 mois. Je m'engage à justifier auprès de mon employeur de l'existence d'une couverture Frais Médicaux souscrite par ailleurs.
- En qualité de salarié à temps partiel, ou d'apprenti, dont la cotisation salariale pour le financement du régime représente une somme supérieure ou égale à 10% de ma rémunération brute.
- En qualité de salarié titulaire d'un contrat Frais Médicaux souscrit à titre individuel en cours. Je m'engage à justifier auprès de mon employeur de l'existence d'un contrat individuel. J'ai noté que ma dispense d'affiliation prendra fin à la prochaine échéance dudit contrat individuel, date à laquelle je serai inscrit au bénéfice du présent régime collectif Frais Médicaux,
- En qualité de salarié bénéficiant par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par l'arrêté du 26 mars 2012 (Journal officiel du 8 mai 2012). Je m'engage à justifier de cette couverture auprès de mon employeur chaque année.

Je reconnais avoir été préalablement informé par mon employeur des conséquences de mon refus et accepte de fournir tous les ans à mon employeur les justificatifs prouvant que ma situation permet le bénéfice de la dite dispense.

Signature _____

Date _____