

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DEMANDE DE DISPENSE DU RÉGIME SANTÉ D'ENTREPRISE

À adresser 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 :

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Je déclare être dans une des situations suivantes [Cocher la case correspondante] :

Cas n°1 :  Je suis embauché antérieurement à la mise en place d'un régime de frais de santé mis en place par une déclaration unilatérale de l'employeur (art 11 de la Loi Evin).

Cas n°2 :  Je bénéficie de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).\*

Cas n°3 :  Je suis déjà couvert(e) par une complémentaire santé individuelle\*.

Je bénéficie d'une dispense jusqu'à l'échéance de mon contrat, fixée au : \_\_\_\_\_

(Date du renouvellement annuel de votre contrat)

Cas n°4 :  Je suis bénéficiaire en tant qu'ayant droit (par exemple au titre de mon conjoint) d'une couverture complémentaire santé, que l'affiliation des ayants droit au titre de cette couverture soit obligatoire ou facultative\*.

Cas n°5 :  Je suis bénéficiaire, en tant que salarié 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 fixés par l'arrêté du 26 mars 2012 :

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)\*

Protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique d'État ou de la fonction publique territoriale\*

Contrat d'assurance de groupe dit « Madelin » destiné aux travailleurs indépendants\*

Cas n°6 :  Je suis bénéficiaire d'une couverture collective obligatoire au titre d'un autre emploi

Cas n°7 :  Je suis bénéficiaire d'une couverture collective obligatoire dans le cadre des couples travaillant dans la même entreprise

Cas n°8 :  Je suis en CDD ou en contrat de mission : la durée de la couverture frais de santé collective et obligatoire dont je bénéficie est inférieure à 3 mois et je suis déjà couvert(e) par une complémentaire santé responsable\*. Je bénéficie, sous certaines conditions, d'une aide de mon employeur pour financer cette complémentaire santé.

Cas n°9 :  Je suis salarié ou apprenti bénéficiaire d'un CDD ou d'un contrat de mission de plus de 12 mois\*.

Cas n°10 :  Je suis salarié ou apprenti bénéficiaire d'un CDD ou d'un contrat de mission de moins de 12 mois.

Cas n°11 :  Je suis salarié à temps partiel ou apprenti avec une part salariale de la cotisation supérieure à 10% de ma rémunération brute.

Référence du contrat souscrit par ailleurs (pour les cas de dispense n°3, 4, 5, 6, 8, 9) :

.....

(Indiquer le nom de l'organisme assureur et la référence du contrat)

En appliquant l'un des cas exposés ci-dessus, je renonce, pour la période pendant laquelle je suis dispensé(e) :

↳ Au régime de couverture santé mis en place dans mon entreprise,

↳ À la participation financière de l'employeur correspondant audit régime,

↳ Ainsi qu'au bénéfice de mes droits à portabilité (article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale),

↳ Au bénéfice des dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 30 décembre 1989,

↳ Et enfin aux avantages sociaux et fiscaux attachés audit régime.

Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesserai de bénéficier, le cas échéant, de cette couverture ou de cette aide.\*

Je m'engage à signaler à mon employeur toute modification ayant une incidence sur mes droits à bénéficier d'une dispense.

Je reconnais ainsi avoir été préalablement informé(e) par mon employeur des conséquences de mon choix.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

# LISTE DES JUSTIFICATIFS – CAS DE DISPENSE

| Cas de dispense  | Moment de la demande  | Justificatif de la demande           |
|--|---|--------------------------------------|
| <b>Cas de dispense de droit : elles peuvent être sollicitées par les salariés sans qu'elles soient prévues par l'acte fondateur (due, accord collectif)</b>                        |   |                                      |
| 1. Salarié embauché antérieurement à la mise en place d'un régime frais de santé par une déclaration unilatérale de l'employeur (art 11 de la Loi Evin)                            | - Au jour de la mise en place des garanties ou,<br>- au jour de la modification du dispositif préexistant remettant en cause le financement intégral des garanties par l'employeur  | Attestation sur l'honneur du salarié |
| 2. Salarié bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)   | - Au moment de l'embauche ou,<br>- à la date de mise en place des garanties ou,<br>- à la date à laquelle prend effet la C2S permettant au salarié de solliciter la dispense        | Attestation sur l'honneur du salarié |
| 3. Salarié couvert par une complémentaire santé individuelle   | - Au moment de l'embauche<br>- à la date de mise en place des garanties   | Attestation sur l'honneur du salarié |
| 4. Salarié couvert pour les mêmes risques à titre collectif par son conjoint   | - À tout moment sauf disposition plus contraignante dans l'acte de formalisation  | Attestation sur l'honneur du salarié |
| 5. Salarié bénéficiant d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par l'arrêté du 26 mars 2012                  | - À tout moment sauf disposition plus contraignante dans l'acte de formalisation  | Attestation sur l'honneur du salarié |
| 6. Salarié couvert par un régime obligatoire d'un autre employeur  | - Au moment de l'embauche ou,<br>- à la date de mise en place des garanties ou,<br>- à la date à laquelle prend effet la couverture permettant au salarié de solliciter la dispense | Attestation sur l'honneur du salarié |
| 7. Salarié en couple et travaillant dans la même entreprise, l'un des deux membres est affilié en nom propre et l'autre en tant qu'ayant droit                                     | - À tout moment sauf disposition plus contraignante dans l'acte de formalisation  | Attestation sur l'honneur du salarié |
| 8. Salarié bénéficiaire d'un CDD ou d'un contrat de mission d'une durée de couverture collective inférieure à 3 mois et qui justifie ailleurs d'une couverture « responsable »     | - Au moment de l'embauche ou,<br>- à la date de mise en place des garanties   | Attestation sur l'honneur du salarié |
| <b>Cas de dispense dites facultatives : elles ne peuvent être sollicitées par les salariés que si elles sont expressément prévues par l'acte fondateur (due, accord collectif)</b> |   |                                      |
| 9. Salarié et apprenti bénéficiaire d'un CDD ou d'un contrat de mission de plus de 12 mois   | - À tout moment sauf disposition plus contraignante dans l'acte de formalisation  | Attestation sur l'honneur du salarié |
| 10. Salarié et apprenti bénéficiaire d'un CDD ou d'un contrat de mission de moins de 12 mois   | - À tout moment sauf disposition plus contraignante dans l'acte de formalisation  | Attestation sur l'honneur du salarié |
| 11. Salarié à temps partiel et apprenti si la cotisation est supérieure à 10% de leur rémunération brute   | - À tout moment sauf disposition plus contraignante dans l'acte de formalisation  | Attestation sur l'honneur du salarié |

**Avertissement :** Ce document est une proposition de rédaction. Il ne représente en aucun cas un conseil juridique et ne saurait engager la responsabilité de CCMO Mutuelle

CCMO Mutuelle 6, avenue Beauvaisis PAE du Haut-Villé CS 50993 60014 Beauvais Cedex. Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution [ACPR] 4, place de Budapest CS 92459 – 75436 PARIS Cedex 9 N° 780508073

