

Demande de dispense de la couverture complémentaire santé collective et obligatoire

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, _____

Demande à être dispensé(e) de la couverture santé mise en place à titre collectif et obligatoire au sein de l'entreprise :

(Raison sociale et adresse de l'entreprise)

- Je suis déjà couvert(e) par une couverture complémentaire santé individuelle
Date d'échéance : _____
- Je suis bénéficiaire, en tant qu'ayant droit d'une couverture complémentaire santé
- Je suis bénéficiaire par la complémentaire santé solidaire (ex CMU)
- Je suis salarié(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée dont la durée de couverture du régime Frais de santé est inférieure à 6 mois et je bénéficie, par ailleurs, d'une complémentaire santé.

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 ainsi qu'au bénéfice de mes droits à portabilité mentionnés à l'article L. 911-8 et aux bénéfices des dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 dite « loi Evin » concernant le maintien de garanties sous certaines conditions.

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

Fait à _____ Le ____ / ____ / _____

Signature

NOTA : Fournir carte tiers payant ou CSS