

DEMANDE DE DISPENSE D’AFFILIATION POUR LES SALARIES BENEFICIAIRE D’UNE COUVERTURE OBLIGATOIRE FAMILLE

Je soussigné(e) M/MM
N° Sécurité Sociale.....
Employé(e) au sein de l’établissement.....
En qualité de.....
sollicite, en application de l’article 3 alinéa f) de l’avenant en date du..... à la décision unilatérale de l’employeur du, une dispense d’affiliation au régime de frais de sante mis en place à titre obligatoire au sein de l’établissement.

Je suis en effet déjà couvert, par ailleurs, au titre d’un régime de protection sociale complémentaire obligatoire et collectif, y compris en tant qu’ayant droit, dont l’échéance est fixée au (attestation jointe)(1).

Dans le cadre de cette demande, je reconnais avoir été clairement et pleinement informé(e) par mon employeur de mes droits et obligations à ce titre, notamment sur le fait qu’en n’adhérant pas au régime collectif en vigueur au sein de l’établissement, je ne pourrais pas bénéficier :

- Des garanties et prestations attachées au régime de frais de sante considéré ;
- De la cotisation patronale finançant partiellement ledit régime ;
- Du régime social et fiscal afférent, sous conditions et plafond, aux contributions patronales et sociales ;
- Du maintien temporaire, sous conditions, des garanties prévues par le régime de frais de sante, après certains modes de rupture de mon contrat de travail (dispositif dénommé portabilité - art. L.911-8 du Code de la sécurité sociale) ;
- De la possibilité de contracter à titre individuel la même garantie que celle applicable aux actifs, sous certaines conditions après la rupture du contrat de travail en application de l’article 4 de la Loi Evin.

Si, par la suite, je souhaitais adhérer au régime obligatoire applicable au sein de l’établissement et bénéficier des prestations offertes, je devrai en informer mon employeur et la cotisation afférente serait prélevée directement sur mon salaire.

Fait a ..., le ...

Signature obligatoire
