

DEMANDE DE DISPENSE D'AFFILIATION

A compléter et à fournir chaque année par le salarié à son employeur

Date d'effet |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

EXPEDITEUR

NOM DE FAMILLE (de naissance)
PRÉNOM.....
NOM D'USAGE (d'époux).....
N° DE SÉCURITÉ SOCIALE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| DATE DE NAISSANCE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
ADRESSE
CODE POSTAL |_|_|_|_|_| VILLE

DESTINATAIRE

SOCIETE
CODE STRUCTURE LIBELLE STRUCTURE
ADRESSE
CODE POSTAL |_|_|_|_|_| VILLE

Je soussigné demande à ne pas être inscrit(e) au régime complémentaire Santé mis en place à compter du en raison de ma situation personnelle ⁽¹⁾

Je suis salarié(e) bénéficiant, y compris en tant qu'ayant droit, d'une des couvertures suivantes : régime local d'Alsace-Moselle, régime complémentaire relevant de la CAMIEG (Industries électriques et gazières), mutuelles des agents de l'Etat ou des collectivités territoriales issues des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011, contrats d'assurance groupe, dits Madelin

Je suis salarié(e) sous contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois

Je suis salarié(e) à temps très partiel (durée de travail inférieure à un mi-temps) et la cotisation à ma charge est égale ou supérieure ⁽²⁾ à 10% de ma rémunération

Je bénéficie de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L.863-1 du code de la Sécurité sociale jusqu'au |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Je bénéficie de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) jusqu'au |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Je bénéficie d'une couverture obligatoire du fait d'un autre emploi exercé de façon simultanée chez un ou plusieurs employeurs

Je bénéficie par ailleurs en tant qu'ayant droit d'une couverture collective obligatoire dont le régime Famille est obligatoire

Je suis salarié(e) couvert par une assurance individuelle à la date de mon embauche (Cette dispense est valable jusqu'à l'échéance annuelle de mon assurance individuelle).

Vous trouverez, joint à mon courrier, l'attestation de l'obligation d'assurance émanant de l'organisme complémentaire ou l'attestation de droits de la Complémentaire Santé Solidaire ⁽²⁾

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Fait à
le, |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

(1) Cocher la case correspondante
(2) Rayer la mention inutile

Signature du salarié

Document à remettre auprès du service Ressources Humaines de votre structure

Malakoff Humanis Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale

Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris

N° SIREN 775 691 181