

DISPENSES D'ADHESION AU REGIME FRAIS DE SANTE

Si vous renoncez à adhérer au régime Frais de santé de l'entreprise et remplissez l'une des conditions suivantes, envoyez le présent document complété à l'adresse suivante :

COLONNA FACILITY
41207 Romorantin cedex

Cas de dispense de droit :

- ☐ Vous êtes salarié sous **contrat à durée déterminée de moins de trois mois et avez souscrit** une autre couverture individuelle respectant les critères du contrat responsable.

Référence du contrat souscrit par ailleurs (nom de l'organisme assureur et référence du contrat) :

.....

- ☐ Vous bénéficiez de **l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé** (votre adhésion deviendra obligatoire lorsque vous cesserez de bénéficier de cette aide).
Vous cesserez de bénéficier de cette aide au :/...../.....
En cas de renouvellement de votre Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé après cette date, il conviendra de renvoyer ce formulaire à COLONNA FACILITY pour être dispensé à nouveau.

Référence du contrat souscrit par ailleurs (nom de l'organisme assureur et référence du contrat) :

.....

- ☐ Vous bénéficiez de la **CMU-Complémentaire** (votre adhésion deviendra obligatoire lorsque vous cesserez de bénéficier de cette couverture).
Je cesserai de bénéficier de cette couverture au :/...../.....

En cas de renouvellement de votre couverture CMU-C après cette date, il conviendra de renvoyer ce formulaire à COLONNA FACILITY pour être dispensé à nouveau.

- ☐ Vous bénéficiez d'une **assurance individuelle Frais de santé** (votre adhésion deviendra obligatoire à l'échéance de ce contrat).
L'échéance de mon contrat est fixée au :/...../.....

Référence du contrat souscrit par ailleurs (nom de l'organisme assureur et référence du contrat) :

.....

- ☐ Vous bénéficiez, en tant que salarié au titre d'un autre emploi ou en tant qu'ayant droit, d'une couverture complémentaire santé au titre d'un des dispositifs suivants :

a) ☐ Couverture collective obligatoire Famille d'une entreprise :

→ Indiquer le nom et l'adresse de l'entreprise (si vous êtes couvert par votre conjoint qui travaille dans la même entreprise que vous, indiquer simplement le nom de votre société) :

.....

b) ☐ Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle

c) ☐ Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG)

d) ☐ Protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique d'Etat ou de la fonction publique territoriale. (Indiquer la référence du contrat souscrit par ailleurs)

e) ☐ Contrat d'assurance de groupe dit « Madelin » destiné aux travailleurs indépendants. (Indiquer la référence du contrat souscrit par ailleurs)

Référence du contrat souscrit par ailleurs (nom de l'organisme assureur et référence du contrat) :

.....

Cas de dispense prévus par l'employeur :

☐ Vous êtes salarié sous **contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois.**

☐ Vous êtes salarié sous **contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois.**

Attention, pour pouvoir être dispensés, les CDD d'une durée au moins égale à 12 mois doivent bénéficier d'une autre couverture individuelle souscrite en matière de remboursement de frais de santé (Indiquer la référence du contrat souscrit par ailleurs). **Vous devez joindre à ce courrier un certificat d'adhésion à une couverture individuelle.**

Référence du contrat souscrit par ailleurs (nom de l'organisme assureur et référence du contrat) :

.....

☐ Vous devriez acquitter une **cotisation au moins égale à 10 % de votre rémunération brute.**

Nom : Prénom :

Adresse :

E-mail : Téléphone :

Matricule Compass :

Date d'entrée dans l'entreprise : N° de Sécurité sociale :

Je renonce à adhérer au régime Frais de santé obligatoire institué dans l'entreprise.

Mon employeur m'a préalablement informé(e) des conséquences de cette renonciation.

Je prends note que je devrai adhérer obligatoirement au régime Frais de santé dès lors que je ne me trouverai plus dans l'une des situations définies ci-dessus.

Lorsque ma dispense prendra fin, je serai ré-affilié au niveau d'option dont je bénéficiais avant ma demande de dispense.

DATE :

SIGNATURE :