

AVERTISSEMENT : Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative. Il appartient à l'entreprise, seule compétente en la matière, de l'adapter aux dispenses d'affiliation effectivement prévues par la décision unilatérale de l'employeur, le référendum ou l'accord d'entreprise instituant le régime collectif et obligatoire de frais de soins de santé. Seuls doivent être mentionnés les cas de dispense figurant dans l'acte interne mettant en place ledit régime.

L'employeur doit conserver la demande de dispense d'affiliation ainsi que les justificatifs fournis.

SANTÉ

Régime collectif
et obligatoire

MODÈLE DE DEMANDE DE DISPENSE D'AFFILIATION

ATTESTATION À COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ SOUHAITANT ÊTRE DISPENSÉ D'AFFILIATION ET À REMETTRE À L'EMPLOYEUR
(ATTESTATION ET JUSTIFICATIFS À CONSERVER PAR L'EMPLOYEUR)

Nom : ROBERT-BETHUNE Prénom(s) : CORINNE
Nom de naissance : ROBERT-BETHUNE
ADRESSE
N° : 34 Rue/Voie : Sainte Marguerite
Complément (zone, étage, immeuble, bât.) : _____
Code postal : 21200 Ville : Beaune

Je me trouve dans l'une des situations suivantes et je demande à ne pas être affilié au régime collectif et obligatoire de frais de santé :
(les conditions pour bénéficier de l'un des cas de dispense ci-dessous sont développées au verso)

- Salarié(e) couvert par une assurance individuelle frais de santé jusqu'au : / /
- Salarié(e) bénéficiaire de la Couverture maladie universelle complémentaire
- Salarié(e) bénéficiaire d'une Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
- Salarié(e) à temps partiel ou apprenti(e) dont l'affiliation au système de garanties me conduirait à m'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de ma rémunération brute
- Salarié(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée, d'un contrat d'apprentissage ou d'un contrat de mission inférieur à 12 mois,
- Salarié(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée, d'un contrat d'apprentissage ou d'un contrat de mission supérieur ou égal à 12 mois,
- Salarié(e) bénéficiaire, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective frais de santé relevant de l'un des dispositifs de prévoyance complémentaire suivants :
 - dispositif de prévoyance complémentaire collectif obligatoire, le caractère obligatoire s'entendant également pour l'ayant droit (remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale) ;
 - régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle (en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale) ;
 - régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946) ;
 - régime de prévoyance de la Fonction publique d'Etat issu du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 ;
 - régime de prévoyance de la Fonction publique territoriale issu du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
 - contrat d'assurance de groupe « Madelin » issu de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 ;
 - régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
 - caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).
- Salarié(e) présent(e) dans l'entreprise lors de la mise en place (uniquement si mise en place du régime par décision unilatérale de l'employeur).

CONTRAT SUR LA SOCIÉTÉ CAROLINE PARENT & ASSOCIÉS

J'ai été préalablement informé par mon employeur des conséquences de la renonciation au bénéfice du régime collectif et obligatoire de frais de santé. En renonçant à l'affiliation au régime frais de santé, je renonce à tout remboursement au titre dudit régime si j'ai des frais de santé ou d'hospitalisation, et au versement des prestations du régime en cas de maladie ou d'accident. Je renonce également à la part patronale des cotisations, au bénéfice de la portabilité des droits en cas de chômage indemnisé et au bénéfice du maintien des garanties au titre de l'Article 4 de la loi 89-1009 dite loi Evin.

J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus, et je joins à l'attention de mon employeur les documents me permettant de faire valoir cette dispense d'affiliation.

J'ai bien noté qu'en fonction de ma situation, un justificatif sera à fournir chaque année (Cf. au verso).

Fait à Beaune
le 10/12/2024

Signature obligatoire du Salaré

Tableau récapitulatif des cas de dispense d'affiliation admis en assurance santé par l'article R242-1-6 du code de la sécurité sociale (tel qu'issu du décret du 8 juillet 2014) et justificatifs à fournir par le salarié.

ATTENTION : ne peuvent être invoqués que les cas de dispense d'affiliation prévus dans l'acte juridique mettant en place le régime de frais de santé. Ils devront systématiquement faire l'objet d'une demande écrite du salarié.

CAS DE DISPENSE*	RÉGIME MIS EN PLACE PAR DUE ⁽¹⁾	QUEL QUE SOIT LE MODE DE MISE EN PLACE (DUE, RÉFÉRENDUM OU ACCORD COLLECTIF)	CONDITIONS
Salariés présent lors de la mise en place ⁽²⁾	X		Aucune. Pas à justifier d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.
CDD (y compris apprentis) ou contrat de mission supérieur ou égal à 12 mois		X	Justifier annuellement par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.
CDD (y compris apprentis) ou contrat de mission inférieur à 12 mois		X	Aucune. Pas à justifier d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.
Salariés à temps partiel ou apprentis dont l'affiliation au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute		X	Aucune
Salariés bénéficiaires de la CMUC		X	La dispense d'affiliation est effective tant que dure l'aide. Attestation d'assurance et justificatif du bénéfice de la CMUC à fournir annuellement.
Salariés bénéficiaires de l'ACS		X	La dispense d'affiliation est effective tant que dure l'aide. Attestation d'assurance et justificatif du bénéfice de l'ACS à fournir annuellement.
Salariés bénéficiaires d'un contrat d'assurance santé individuel lors de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure		X	La dispense d'affiliation est effective jusqu'à échéance du contrat individuel. Attestation d'assurance à fournir avec mention de l'échéance.
Salariés bénéficiant y compris en tant qu'ayants droit d'une couverture collective relevant d'un dispositif de frais de santé complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale (arrêté du 26 mars 2012)		X	Justificatif à fournir chaque année par le salarié.

* Hormis le 1^{er} cas de dispense, ces cas de dispense d'affiliation s'appliquent quelle que soit la date d'embauche des salariés concernés.

⁽¹⁾ DUE : Décision unilatérale de l'employeur

⁽²⁾ Ce cas de dispense ne nécessite pas de figurer dans l'acte interne mettant en place le régime si celui-ci prévoit une cotisation à la charge du salarié (application de l'article 11 de la Loi n° 89-1009). En revanche, si la cotisation est uniquement patronale, ce cas de dispense doit figurer dans ledit acte.

A tout moment le salarié peut revenir sur sa décision et solliciter auprès de l'employeur, par écrit, son affiliation à la garantie frais de santé.

En tout état de cause, les salariés devront s'affilier et cotiser à la garantie frais de santé dès qu'ils cessent de justifier de leur situation.

AVERTISSEMENT : Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative. Il appartient à l'entreprise, seule compétente en la matière, de l'adapter aux dispenses d'affiliation effectivement prévues par la décision unilatérale de l'employeur, le référendum ou l'accord d'entreprise instituant le régime collectif et obligatoire de frais de soins de santé. Seuls doivent être mentionnés les cas de dispense figurant dans l'acte interne mettant en place ledit régime.

Accueil Espace Assurés > Mes garanties et bénéficiaires > Vos garanties >

Gérer vos coordonnées
Mes garanties et bénéficiaires
• Vos garanties
• Vos documents contractuels
Vos remboursements de soins
Prises en charge et devis
Vos moments de vie
Votre budget santé maîtrisé
Vos services
Suivre vos demandes
Vos documents

Vos garanties



Pour ajouter ou résilier un (des) bénéficiaire(s) à votre dossier santé, renseignez le formulaire [Contactez-nous](#) ou contactez nos conseillers par tél. au **04 72 36 74 77** ou par fax au **04 72 36 79 95**.

Santé

Vos documents

Santé

Ce tableau reprend la liste de vos contrats souscrits.

- Vous pouvez visualiser :
- les documents relatifs à votre (vos) contrat(s)
 - les noms et prénoms des personnes bénéficiant des garanties de votre (vos) contrat(s)

CAROLINE PARENT ET

Contrat	Période de couverture		Garanties et bénéficiaires
	début	fin	
Ensemble du personnel	01/05/2013		

Voir

Documents Contractuels : Voir

Votre entreprise
CAROLINE PARENT ET

ACCÈS RAPIDES

Vos remboursements santé
Demande de prise en charge hospitalisation
Trouver un professionnel de santé

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale 2023 : 3666 €

Nous contacter

AVERTISSEMENT : Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative. Il appartient à l'entreprise, seule compétente en la matière, de l'adapter aux dispenses d'affiliation effectivement prévues par la décision unilatérale de l'employeur, le référendum ou l'accord d'entreprise instituant le régime collectif et obligatoire de frais de soins de santé. Seuls doivent être mentionnés les cas de dispense figurant dans l'acte interne mettant en place ledit régime.

L'employeur doit conserver la demande de dispense d'affiliation ainsi que les justificatifs fournis.

SANTÉ

Régime collectif
et obligatoire

**MODÈLE DE DEMANDE
DE DISPENSE D’AFFILIATION**

ATTESTATION À COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ SOUHAITANT ÊTRE DISPENSÉ D’AFFILIATION ET À REMETTRE À L’EMPLOYEUR
(ATTESTATION ET JUSTIFICATIFS À CONSERVER PAR L’EMPLOYEUR)

Nom : PARENT Prénom(s) : Caroline
Nom de naissance : PARENT
ADRESSE
N° : 14 Rue/Voie : Rue Pierre JOIGNEAUX
Complément (zone, étage, immeuble, bât.) : _____
Code postal : 01200 Ville : BEAUNE

Je me trouve dans l'une des situations suivantes et je demande à ne pas être affilié au régime collectif et obligatoire de frais de santé :
(les conditions pour bénéficier de l'un des cas de dispense ci-dessous sont développées au verso)

- Salarié(e) couvert par une assurance individuelle frais de santé jusqu'au : / /
- Salarié(e) bénéficiaire de la Couverture maladie universelle complémentaire
- Salarié(e) bénéficiaire d'une Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
- Salarié(e) à temps partiel ou apprenti(e) dont l'affiliation au système de garanties me conduirait à m'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de ma rémunération brute
- Salarié(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée, d'un contrat d'apprentissage ou d'un contrat de mission inférieur à 12 mois,
- Salarié(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée, d'un contrat d'apprentissage ou d'un contrat de mission supérieur ou égal à 12 mois,
- Salarié(e) bénéficiaire, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective frais de santé relevant de l'un des dispositifs de prévoyance complémentaire suivants : CONTRAT SUR LA SOCIETE CAROLINE PARENT & ASSOCIES
 - dispositif de prévoyance complémentaire collectif obligatoire, le caractère obligatoire s'entendant également pour l'ayant droit (remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale) ;
 - régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle (en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale) ;
 - régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946) ;
 - régime de prévoyance de la Fonction publique d'Etat issu du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 ;
 - régime de prévoyance de la Fonction publique territoriale issu du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
 - contrat d'assurance de groupe « Madelin » issu de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 ;
 - régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
 - caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).
- Salarié(e) présent(e) dans l'entreprise lors de la mise en place (uniquement si mise en place du régime par décision unilatérale de l'employeur).

J'ai été préalablement informé par mon employeur des conséquences de la renonciation au bénéfice du régime collectif et obligatoire de frais de santé. En renonçant à l'affiliation au régime frais de santé, je renonce à tout remboursement au titre dudit régime si j'ai des frais de santé ou d'hospitalisation, et au versement des prestations du régime en cas de maladie ou d'accident. Je renonce également à la part patronale des cotisations, au bénéfice de la portabilité des droits en cas de chômage indemnisé et au bénéfice du maintien des garanties au titre de l'Article 4 de la loi 89-1009 dite loi Evin.

J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus, et je joins à l'attention de mon employeur les documents me permettant de faire valoir cette dispense d'affiliation.

J'ai bien noté qu'en fonction de ma situation, un justificatif sera à fournir chaque année (Cf. au verso).

Fait à Beaune
le 10/12/2024

Signature obligatoire du Salarié



Tableau récapitulatif des cas de dispense d'affiliation admis en assurance santé par l'article R242-1-6 du code de la sécurité sociale (tel qu'issu du décret du 8 juillet 2014) et justificatifs à fournir par le salarié.

ATTENTION : ne peuvent être invoqués que les cas de dispense d'affiliation prévus dans l'acte juridique mettant en place le régime de frais de santé. Ils devront systématiquement faire l'objet d'une demande écrite du salarié.

CAS DE DISPENSE*	RÉGIME MIS EN PLACE PAR DUE ⁽¹⁾	QUEL QUE SOIT LE MODE DE MISE EN PLACE (DUE, RÉFÉRENDUM OU ACCORD COLLECTIF)	CONDITIONS
Salariés présent lors de la mise en place ⁽²⁾	X		Aucune. Pas à justifier d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.
CDD (y compris apprentis) ou contrat de mission supérieur ou égal à 12 mois		X	Justifier annuellement par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.
CDD (y compris apprentis) ou contrat de mission inférieur à 12 mois		X	Aucune. Pas à justifier d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.
Salariés à temps partiel ou apprentis dont l'affiliation au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute		X	Aucune
Salariés bénéficiaires de la CMUC		X	La dispense d'affiliation est effective tant que dure l'aide. Attestation d'assurance et justificatif du bénéfice de la CMUC à fournir annuellement.
Salariés bénéficiaires de l'ACS		X	La dispense d'affiliation est effective tant que dure l'aide. Attestation d'assurance et justificatif du bénéfice de l'ACS à fournir annuellement.
Salariés bénéficiaires d'un contrat d'assurance santé individuel lors de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure		X	La dispense d'affiliation est effective jusqu'à échéance du contrat individuel. Attestation d'assurance à fournir avec mention de l'échéance.
Salariés bénéficiant y compris en tant qu'ayants droit d'une couverture collective relevant d'un dispositif de frais de santé complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale (arrêté du 26 mars 2012)		X	Justificatif à fournir chaque année par le salarié.

* Hormis le 1^{er} cas de dispense, ces cas de dispense d'affiliation s'appliquent quelle que soit la date d'embauche des salariés concernés.

⁽¹⁾ DUE : Décision unilatérale de l'employeur

⁽²⁾ Ce cas de dispense ne nécessite pas de figurer dans l'acte interne mettant en place le régime si celui-ci prévoit une cotisation à la charge du salarié (application de l'article 11 de la Loi n° 89-1009). En revanche, si la cotisation est uniquement patronale, ce cas de dispense doit figurer dans ledit acte.

A tout moment le salarié peut revenir sur sa décision et solliciter auprès de l'employeur, par écrit, son affiliation à la garantie frais de santé.

En tout état de cause, les salariés devront s'affilier et cotiser à la garantie frais de santé dès qu'ils cessent de justifier de leur situation.

AVERTISSEMENT : Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative. Il appartient à l'entreprise, seule compétente en la matière, de l'adapter aux dispenses d'affiliation effectivement prévues par la décision unilatérale de l'employeur, le référendum ou l'accord d'entreprise instituant le régime collectif et obligatoire de frais de soins de santé. Seuls doivent être mentionnés les cas de dispense figurant dans l'acte interne mettant en place ledit régime.



Espace Assurés

ESPACE ASSURÉ

Mme Corinne ROBERT
BETHUNE
N° participant : 2346385

- Gérer vos coordonnées
- Mes garanties et bénéficiaires
- Vos remboursements
- Vos remboursements de soins
- Prises en charge et devis
- Vos moments de vie
- Votre budget santé maîtrisé
- Vos services
- Suivre vos demandes
- Vos documents

Vos garanties

Pour ajouter ou résilier un (des) bénéficiaire(s) à votre dossier santé, renseignez le formulaire ou contactez nos conseillers par tél. au **04 72 36 74 77** ou par fax au **04 72 36 79 95**.

Votre entreprise
CAROLINE PARENT ET

- ACCÈS RAPIDES
- Vos remboursements santé
- Demande de prise en charge hospitalisation
- Trouver un professionnel de santé

Santé

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale 2023 : 3666 €

Ce tableau reprend la liste de vos contrats souscrits. Vous pouvez visualiser :

- les documents relatifs à votre (vos) contrat(s)
- les noms et prénoms des personnes bénéficiant des garanties de votre (vos) contrat(s)

Nous contacter

CAROLINE PARENT ET

Contrat	Période de couverture		Garanties et bénéficiaires
	début	fin	
Ensemble du personnel	01/05/2013		

Documents Contractuels : 10

idem pour Caroline PARENT