

DOMAINE A.F.GROS
12 Rue Pierre JOIGNEAUX
21200 BEAUNE

NAF : 0121Z
SIRET : 38396734600032

DEMANDE DE DISPENSE FRAIS DE SANTE
Attestation sur l'honneur

ATTESTATION A COMPLETER PAR LE SALARIE NE SOUHAITANT PAS ADHERER ET A REMETTRE A L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e),
PARENT Caroline
14 Rue Pierre JOIGNEAUX
21200 BEAUNE

Atteste sur l'honneur que je me trouve dans l'une des situations suivantes et souhaite, en conséquence, ne pas être affilié(e) au régime complémentaire santé obligatoire :

- Bénéficiaire de la CMUC ou de l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé. (la dispense ne peut jouer que jusqu'à l'expiration des droits à la CMUC ou l'ACS).
- Couvert par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure (la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat d'assurance santé individuel).
- Bénéficiaire, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture frais de santé au titre d'un autre emploi, relevant de l'un des dispositifs suivants :
- Régime de prévoyance complémentaire collectif obligatoire (si ayant droit, le régime prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire).
 - Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle
 - Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières
 - 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) titulaire d'un CDD ou d'un contrat de mission dont la durée d'adhésion au régime obligatoire frais de santé est inférieure à trois mois (durée de portabilité au terme du contrat non comprise), sous condition de justifier être couvert par un contrat responsable.

L'organisme auprès duquel je suis affilié(e) est le suivant (nom et coordonnées) :

APRIL SANTE PREVOYANCE
12 rue Juliette RECAMIER
69 LYON

Ma couverture arrivera à échéance le : ___ / ___ / ___.

J'ai été préalablement informé(e) 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 de frais de santé, je renonce à tout remboursement au titre dudit régime si j'ai des frais de santé ou d'hospitalisation ainsi qu'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 loi Evin.

En outre, j'ai été informé(e) que je pouvais revenir sur ma décision à tout moment et solliciter auprès de mon employeur, par écrit, mon adhésion à la garantie frais de santé. L'adhésion prend alors effet le premier jour du mois qui suit ma demande. Cette adhésion sera alors irrévocable.

Fait à Beaune

01/12/2025

Signature obligatoire du salarié

