

DEMANDE DE DISPENSE D'AFFILIATION AU REGIME FRAIS DE SANTE

Salarié relevant de l'accord régional du 26 février 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres des départements de Côte d'Or, Nièvre et Yonne

Nom : BELIN Nom de jeune fille LEDUC
Prénom(s) : Géraldine
N° : 006 Rue/voie : MAUCHAMP - Résidence du bar des DAIMS
Code postal : 21200 Ville : BEAUNE

Je me trouve dans l'une des situations suivantes et je demande expressément à ne pas être affilié au régime complémentaire santé :

Bénéficiaire de la CMU-C, ou de l'Aide à l'acquisition d'un Complémentaire Santé :

Cette dispense sera valable sur justificatif jusqu'à échéance de mes droits, ce dont je devrai régulièrement justifier

Bénéficiaire d'un contrat d'assurance santé individuel :

Cette dispense sera valable sur justificatif jusqu'à échéance de mon contrat d'assurance en cours. En cas de reconduction tacite du contrat d'assurance, cette dispense prendra fin à la date de reconduction tacite

Titulaire d'un CDD ou d'un contrat de mission dont la durée de la couverture collective et dont je bénéficie en matière de frais de santé obligatoire est inférieure à trois mois (durée de portabilité au terme du contrat non comprise) justifiant d'une couverture frais de santé répondant aux conditions du contrat responsable

Cette dispense sera valable sur justificatif

Bénéficiaire, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective et obligatoire relevant d'un dispositif de santé complémentaire fixé par l'arrêté du 26 mars 2012 pris par le ministre chargé de la Sécurité Sociale, à savoir :

- Régime de prévoyance complémentaire collectif obligatoire (pour le cas de l'ayant droit la dispense ne vaut que lorsque le dispositif prévoit la couverture des ayant 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 (CAMIEG) ;
- Mutuelle des Fonctions publiques d'Etat et territoriales relevant des décrets n°2007-1373 du 19 septembre 2007 et 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).

Cette dispense sera valable sur justificatif jusqu'à échéance de mes droits, ce dont je devrai justifier chaque année

- Salarié sous CDD, notamment apprentis, bénéficiant d'une couverture frais de santé souscrite par ailleurs.

Cette dispense sera valable sur justificatif

- Salarié à temps partiel ou apprenti dont l'affiliation au régime me conduirait à m'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de ma rémunération brute.

J'atteste avoir reçu la « notice d'information » afférente aux conditions générales et particulières du contrat d'assurance frais de santé en vigueur au sein de l'entreprise.

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 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 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.

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'adhésion. J'ai bien noté qu'en fonction de ma situation, un justificatif sera à fournir chaque année.

Signature obligatoire du salarié

Fait à : Pommes le : 26/05



Objet : DOMAINE AF GROS - SALAIRES 5/2016 -
De : Moreau Annie (annie.moreau@andrebt.com)
À : crobertbethune@yahoo.fr; cparentgros@yahoo.fr;
Date : Mardi 24 mai 2016 16h02

Bonjour Corinne, Bonjour Madame PARENT,

Veillez trouver ci-joint les salaires du mois de 5/2016.

Concernant Madame BELIN LEDUC, celle-ci devant se dispenser, je n'ai pas prélevé les frais de santé.

Pouvez-vous me transmettre une copie de la demande de dispense ainsi que du justificatif ?

Sans ces éléments, les cotisations frais de santé seront prélevées à compter du 25/04/2016 sur sa paie de 6/2016.

En réponse à votre demande, le coût des frais de santé famille sont de 77.62 € à la charge du salarié et de 20.50 € à la charge de l'employeur.

Vous en souhaitant bonne réception,

Et dans l'attente de vous lire,

Bien cordialement.

Annie MOREAU

Gestionnaire de paie

03 80 26 78 66

18 Rue Buffon 21200 BEAUNE

annie.moreau@andrebt.com



Découvrez notre actualité via les réseaux sociaux !



ANDRE & ASSOCIES VOTRE PREMIER PARTENAIRE

DEMANDE D'ADHÉSION À COCOON ASSURANCE SANTÉ

Ce bulletin est à renvoyer à l'adresse suivante : COCOON - AUTORISATION 15734 76059 LE HAVRE
N° de téléphone Cocoon Assurance Santé : 02 98 76 92 60 / Merci d'écrire en majuscules

Je demande mon adhésion à Cocoon Assurance Santé

N&NCOV15AGD07



Madame Monsieur

Nom : BELIN..... Prénom : GERALDINE.....

Né(e) le : 27/06/1968..... Numéro de Sécurité sociale : 2680628280045..... clé : 73.....

Adresse du domicile : 6.RUE.MAUCHANP..RES.DU.LAC.LES.DAINS.....

Code postal : 21200..... Ville : BEAUNE.....

Tél. domicile : 01.23.45.67.89..... E-mail : geraldinebelin@hotmail.fr.....

Tél. mobile : 06.09.63.80.91.....

Je suis affilié(e) Sécurité sociale au régime : GÉNÉRAL ALSACE MOSELLE

Je demande l'adhésion à Cocoon Assurance Santé également pour les personnes suivantes :

	Nom et Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	
Conjoint / Concubin / Partenaire d'un pacs				
Enfant à charge 1	BELIN MARIE-CHLOE	14/09/1999	2680628280045	73
Enfant à charge 2				
Enfant à charge 3				

Au-delà de 3 enfants, merci d'indiquer les informations demandées sur papier libre.

Je choisis ma formule :

1 seul choix pour tous les bénéficiaires : ECO ESSENTIEL ESSENTIEL +
 CONFORT CONFORT + PRIVILÈGE

Ma cotisation mensuelle totale est de :75.23 € TTC

Je m'abonne gratuitement aux services G+ pour recevoir un e-mail :

à chaque remboursement toutes les semaines tous les mois

Avec les services G+, vous accédez en exclusivité à de nombreuses fonctionnalités dont l'archivage automatique pendant deux ans de vos décomptes de remboursement dans votre espace personnel sur Génération.fr. N'oubliez pas d'indiquer votre adresse e-mail.



Je souhaite que mon contrat Cocoon Assurance Santé débute le 21/12..... 20 15..

Je signe mon bulletin

Je demande mon adhésion au contrat collectif n° CT .1750091, souscrit par Coverlife auprès de Serenis Assurances. Je déclare avoir pris connaissance du présent bulletin ainsi que de la Notice d'information NI CAS 04/15 relatives aux garanties choisies et avoir reçu et conservé, préalablement à mon adhésion, l'information donnée par Geraldine Belin prévue par l'article L. 112-2-1.III du code des assurances. Je reconnais avoir été informé que je dispose de 21/12/2015 de 21/12/2015 renoncation à l'adhésion de 30 jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'adhésion ou à compter du jour où je recevrai les conditions contractuelles et toutes autres informations complémentaires si ce dernier jour est celui de la conclusion de l'adhésion. De plus, je demande expressément l'exécution de mon contrat d'assurance prise d'effet choisie. Je reconnais savoir que toute réticence ou fausse déclaration, toute omission ou décalage entrainerait l'application des sanctions des articles L. 113-8 ou L. 113-9 du code des assurances. Conformément à la loi n° 78-17 du 06.01.78 modifiée par la loi n° 2004-801 du 06.08.04, je dispose d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition que je peux exercer auprès de Coverlife - Cocoon Assurance Santé - 14 ter rue André Dessaux - 45400 FLEURY-LES-AUBRAIS.

DATE ET SIGNATURE DE L'ASSURÉ
Geraldine Belin
Signed with universign

Cocoon, une marque de Coverlife - SAS au capital de 5 000 000 € - Siège social : 12 rue de Kerogan 29000 QUIMPER - RCS Quimper 801 468 026 - N° Orias : 14 002 768 - www.orias.fr - Agissant sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 61 rue Tailbouf - 75009 PARIS
Assureur : Serenis Assurances SA - Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon - 69814 TASSIN cedex - SA au capital de 16 422 030 € - Siren 350 838 686 RCS Romans - N° TVA FR13350838686 - Entreprise régie par le code des assurances

