

DISPENSE D'ADHESION A LA MUTUELLE OBLIGATOIRE DE MON EMPLOYEUR

Madame, Monsieur,

Je soussigné, déclare sur l'honneur ne pas adhérer à la mutuelle souscrite par mon employeur..... pour la raison suivante :

Mutuelle **obligatoire** Famille par mon/ma conjoint(e)

➔ *Merci de joindre un justificatif*

Salarié ou apprenti en CDD (**dont la durée est inférieure ou égale à 12 mois**)

Salarié multi-employeurs, déjà couvert par l'un de mes employeurs

➔ *Dans ce cas, le salarié doit justifier de cette protection par écrit auprès des autres employeurs*

Bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (Ex. CMU et ACS)

➔ *Merci de joindre un justificatif*

Bénéficiaire d'un contrat d'assurance santé individuel jusqu'à échéance du contrat individuel

➔ *Une attestation d'assurance mentionnant l'échéance du contrat ou de l'aide est à fournir*

Salarié à temps partiel (**dont l'adhésion au système de garanties les conduit à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de la rémunération brute**)

Date :

Signature