COMPLEMENTAIRE SANTE
MUTUELLE EMPLOYEUR

DISPENSE ADHESION DU SALARIÉ AU CONTRAT COLLECTIF EMPLOYEUR

Code client Employeur :

Nom ou Raison sociale Employeur :

Nom et Prénom Salarié(e) :

Numéro Sécurité Sociale :

Je soussigné (Nom et Prénom salarié(e))....., déclare sur l'honneur de pas vouloir adhérer à la mutuelle souscrite par mon employeur, auprès de l'organisme (nom de l'organisme) ....., pour la raison ci-dessous :

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

☐ 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**)

☐ Mutuelle obligatoire Familiale ou par mon/ma conjoint(e)

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

☐ Bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (ex CMU ou ACS)

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

Je m'engage à fournir auprès de mon employeur la dispense complétée et le justificatif d'adhésion à un autre organisme mentionnant l'échéance du contrat (une fois par an).

Date : Signature :