

DISPENSES D'ADHESION AU REGIME FRAIS DE SANTE

Si vous renoncez à adhérer au régime Frais de santé de l'entreprise et remplissez l'une des conditions suivantes, envoyez le présent document complété à l'adresse suivante :

COLONNA FACILITY
41207 Romorantin cedex

Cas de dispense de droit :

Vous êtes salarié sous **contrat à durée déterminée de moins de trois mois et avez souscrit une autre couverture individuelle respectant les critères du contrat responsable.**
Référence du contrat souscrit par ailleurs (nom de l'organisme assureur et référence du contrat) :

Vous bénéficiez de **'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé** (votre adhésion deviendra obligatoire lorsque vous cesserez de bénéficier de cette aide). L'ACS et la CMU-C ont fusionné au 1/11/2019 en un dispositif unique appelé Complémentaire Santé Solidaire (CSS).
Vous cesserez de bénéficier de cette aide au :/...../.....
En cas de renouvellement de votre Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé après cette date, il conviendra de renvoyer ce formulaire à COLONNA FACILITY pour être dispensé à nouveau.
Référence du contrat souscrit par ailleurs (nom de l'organisme assureur et référence du contrat) :

Vous bénéficiez de la **CMU-Complémentaire** (votre adhésion deviendra obligatoire lorsque vous cesserez de bénéficier de cette couverture. L'ACS et la CMU-C ont fusionné au 1/11/2019 en un dispositif unique appelé Complémentaire Santé Solidaire (CSS).
Je cessai de bénéficier de cette couverture au :/...../.....
En cas de renouvellement de votre couverture CMU-C après cette date, il conviendra de renvoyer ce formulaire à COLONNA FACILITY pour être dispensé à nouveau.
 Vous bénéficiez d'une **assurance individuelle Frais de santé** (votre adhésion deviendra obligatoire à l'échéance de ce contrat).
L'échéance de mon contrat est fixée au :/...../.....
Référence du contrat souscrit par ailleurs (nom de l'organisme assureur et référence du contrat) :