

Vous bénéficiez, en tant que salarié au titre d'un autre emploi ou en tant qu'ayant droit, d'une couverture complémentaire santé au titre d'un des dispositifs suivants :

a) Couverture collective obligatoire Famille d'une entreprise :

→ Indiquer le nom et l'adresse de l'entreprise (si vous êtes couvert par votre conjoint qui travaille dans la même entreprise que vous, indiquer simplement le nom de votre société) :

- b) Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle
- c) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG)
- d) Protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique territoriale. (Indiquer la référence du contrat souscrit par ailleurs)
- e) Contrat d'assurance de groupe dit « Madelin » destiné aux travailleurs indépendants. (Indiquer la référence du contrat souscrit par ailleurs)

Référence du contrat souscrit par ailleurs (nom de l'organisme assureur et référence du contrat) :

Cas de dispense prévus par l'employeur :

Vous êtes salarié sous **contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois.**

Vous êtes salarié sous **contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois.**

Attention, pour pouvoir être dispensés, les CCD d'une durée au moins égale à 12 mois doivent bénéficier d'une autre couverture individuelle souscrite en matière de remboursement de frais de santé (Indiquer la référence du contrat souscrit par ailleurs). **Vous devez joindre à ce courrier un certificat d'adhésion à une couverture individuelle.**

Référence du contrat souscrit par ailleurs (nom de l'organisme assureur et référence du contrat) :

Vous devriez acquitter une **cotisation au moins égale à 10 % de votre rémunération brute.**

Nom :

Prénom :

Adresse :

E-mail :

Matricule Compass :

Date d'entrée dans l'entreprise : N° de Sécurité sociale :

Je renonce à adhérer au régime Frais de santé obligatoire institué dans l'entreprise.

Mon employeur m'a préalablement informé(e) des conséquences de cette renonciation.

Je prends note que je devrai adhérer obligatoirement au régime Frais de santé dès lors que je ne me trouverai plus dans l'une des situations définies ci-dessus.

Lorsque ma dispense prendra fin, je serai ré-affilié au niveau d'option dont je bénéficiais avant ma demande de dispense.

DATE :

SIGNATURE :