

<p align="center">FORMULAIRE DE REFUS D'ADHESION EN APPLICATION DES ARTICLES L.911-7 III ET D.911-2 CSS (DISPENSES DE DROIT)</p>

Je soussigné(e),, reconnais avoir pris connaissance du régime de remboursement de frais santé et de ses garanties mis en place à titre obligatoire au sein de la Société TFCM dont je suis salarié(e).

Je refuse l'adhésion à ce régime dans la mesure où **je déclare sur l'honneur** entrer dans l'un des cas de dérogations d'adhésion ci-après visés en ma qualité de : *[cochez la case correspondant à votre situation]*

☐ Salarié en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission pour lequel la durée de ma couverture collective à adhésion obligatoire en matière de frais de santé est inférieure à 3 mois et dans la mesure où je justifie bénéficier d'une couverture respectant les conditions fixées à l'article L.871-1 CSS (contrat « responsable ») ;

Dans ce cadre, je déclare avoir adhéré à une couverture complémentaire individuelle de frais de santé respectant les conditions fixées à l'article L.871-1 CSS (contrat « responsable »), auprès de l'organisme assureur *[préciser la dénomination de l'organisme assureur]*

☐ Salarié bénéficiaire d'une couverture complémentaire en application de l'article L.861-3 du Code de la Sécurité Sociale (CMU complémentaire) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L.863-1 du Code de la Sécurité Sociale. Dans ces deux cas (CMU complémentaire et ACS), la dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle je cesse de bénéficier de cette complémentaire ou de cette aide ;

A ce titre, je déclare bénéficier de [la CMU-C ou l'ACS] auprès de l'organisme assureur *[préciser la dénomination de l'organisme assureur]*

☐ Salarié déjà couvert par une assurance individuelle de frais de santé lors de la mise en place du dispositif ou de mon embauche, si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à l'échéance annuelle dudit contrat ;

Dans ce cadre, je déclare avoir adhéré à une couverture complémentaire individuelle de frais de santé auprès de l'organisme assureur *[préciser la dénomination de l'organisme assureur]* **dont la prochaine échéance annuelle est fixée à la date du**

☐ Salarié qui bénéficie, par ailleurs, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayant droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :

- dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions du 6^e alinéa de l'article L.242-1 CSS (régime complémentaire santé collectif et obligatoire)
- régime de base obligatoire local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle en application des articles D.325-6 et D.325-7 CSS
- régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) en application du décret n°46-1541 du 22 juin 1946
- dispositifs de garanties prévus par le décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement

de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents

- o contrat d'assurance de groupe issu de la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (dispositif Madelin)

Je déclare être couvert au titre du régime renseigné ci-dessus auprès de l'organisme assureur
..... *[préciser la dénomination de l'organisme assureur]*

En cas de refus d'adhésion dans le cadre de l'une des dispenses ci-dessus rappelées, je m'engage à produire, le cas échéant, lorsque cela est nécessaire, les justificatifs exigés dans un délai de 15 jours suivant la mise en place du régime ou de 15 jours suivant l'embauche si elle est postérieure ou de 15 jours en cas de changement de situation permettant l'application de l'un des cas de dispense susvisés. A défaut de production des justificatifs dans ces délais, mon adhésion au régime sera effective.

Je m'engage à informer immédiatement mon employeur des modifications que je pourrais connaître dans ma situation personnelle et qui ne m'autoriseraient plus à bénéficier de la dispense sollicitée par la présente.

Par la présente, je reconnais expressément avoir été préalablement informé(e), par mon employeur, des conséquences de mon choix, à savoir :

- l'absence de couverture par le régime de remboursement de frais de soins de santé mis en place au sein de l'entreprise dont je suis salarié(e)
- l'absence de bénéfice de la portabilité dudit régime en cas de rupture de mon contrat de travail

Fait à, le

Signature du (de la) salarié(e)