



# COUPON REPONSE RELATIF A LA DUE DU DISPOSITIF COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE

## IMPORTANT : A RETOURNER A L'EMPLOYEUR

Je soussigné :

- Atteste avoir reçu de mon employeur un exemplaire de la décision unilatérale du dispositif complémentaire "frais de santé" applicable au 1<sup>er</sup>/01/2026 ;
- Atteste avoir reçu un exemplaire de la notice d'information sur les garanties du dispositif complémentaire "frais de santé" applicable au 1<sup>er</sup>/01/2026.

Et

- Confirme ne pas demander de dispense et ainsi adhérer au dispositif de couverture de santé.
- Demande la dispense au titre du cas suivant :
- déjà couvert en tant qu'ayant droit de mon conjoint par un contrat à adhésion obligatoire (justificatif à fournir tous les ans)
  - déjà couvert à titre individuel (justificatif à fournir. Attention : la dispense d'adhésion ne joue que jusqu'à l'échéance du contrat actuel)
  - en CDD ou apprenti < 12 mois (ne concerne pas les ayants droits)
  - bénéficiaire de la CMU ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.
  - autre disposition prévue dans la Décision Unilatérale – Merci de préciser :

Cette dispense concerne :  Moi et mes ayants droits  Uniquement mes ayants droits

Fait à

, le

Signature