



# 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 de Mars 2023 – Merci de préciser :

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

Fait à

, le

Signature