

Attestation du salarié

Je soussigné : Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Embauché à la date du : Par l'entreprise :

Adresse de l'entreprise :

Déclare :

- 1- Avoir bien reçu les conditions générales valant notice d'information et les conditions particulières Salarié du contrat obligatoire frais de santé que m'a remises mon employeur.
- 2- Ne pas souhaiter souscrire au régime de frais de santé proposé par mon employeur en toute connaissance des dispositions du contrat mutuelle en vigueur dans l'entreprise en raison :
(Cocher la case correspondante)
 - Du fait que je sois titulaire d'un contrat à durée déterminée qui est inférieur à 3 mois. **[Dispense de droit].**
 - Du fait que je sois titulaire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire - CMU-C ou de l'ACS, (justificatif mentionnant le nom du bénéficiaire et la période de validité joint en annexe). **[Dispense de droit].**
 - Du fait que le montant de ma cotisation soit au moins égale à 10% de ma rémunération brute. **[Dispense possible seulement si la convention collective ou la DUE la prévoit]**
 - Du fait que je dispose d'une couverture complémentaire individuelle, (justificatif mentionnant le nom du bénéficiaire et la date d'échéance du contrat individuel joint en annexe). **[Dispense de droit]. [Je reconnais que cette dispense ne jouera que jusqu'à l'échéance de mon contrat individuel.]**
 - Du fait que je dispose d'une couverture complémentaire d'un dispositif collectif obligatoire, ou d'un contrat d'assurance de groupe dit « Madelin », même en qualité d'ayant droit, (justificatif mentionnant le nom du bénéficiaire et le type du contrat « Madelin » joint en annexe). **[Dispense de droit].**
 - Du fait que je sois présent dans l'entreprise lors de la mise en place du régime frais de santé mis en place par Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE). **[Dispense de droit].**
 - Du fait que je sois titulaire d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à douze mois et que je sois couvert par une mutuelle à titre individuel, (justificatif mentionnant le nom du bénéficiaire et la période de validité joint en annexe). **[Dispense possible seulement si la convention collective ou la DUE la prévoit]**
 - Du fait que je sois titulaire d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois, même si je ne bénéficie pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs. **[Dispense possible seulement si la convention collective ou la DUE la prévoit]**

Je déclare avoir été préalablement informé par mon employeur de ma possibilité d'adhérer au régime professionnel de frais de santé et des conséquences de mon refus.

Fait à : Le :

Signature :

Prénom :