

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DISPENSE D'ADHESION
Régime frais de santé en application de l'accord du
6 novembre 2015 de la CCN du sport

Je soussigné _____ demande à être dispensé d'affiliation au régime de remboursement des frais de santé mis en place par mon employeur et me déclare informé par celui-ci des conséquences de ce refus.

A ce titre, je renonce à la couverture au titre du contrat collectif souscrit par mon employeur, c'est-à-dire au remboursement complémentaire de mes frais d'hospitalisation (médicale et chirurgicale), de soins médicaux courants, de pharmacie, d'optique, dentaire, de prothèses auditives, d'orthopédie et autres prothèses.

Cas de dispense me permettant d'être dispensé de l'affiliation au régime de remboursement des frais de santé (même si vous rentrez dans plusieurs cas de dispense, n'en cocher qu'un seul) :

Je suis salarié ou apprentis bénéficiaire d'un CDD ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois.

Document justificatif à fournir : Aucun.

Je suis salarié ou apprentis bénéficiaire d'un CDD ou d'un contrat de mission d'une durée supérieure à 12 mois et déjà couvert à titre individuel par une complémentaire santé.

Document justificatif à fournir : Tout document utile établissant votre couverture individuelle en cours au titre de vos frais de santé.

Je suis actuellement bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

Document justificatif à fournir : Tout document utile (par exemple, attestation de droit à la CMU-C ou courrier d'information de votre organisme d'assurance maladie vous signifiant sa décision d'octroi de l'ACS).

Je suis déjà couvert par une assurance individuelle de frais de santé (attention, ce cas de dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance annuelle du contrat individuel).

Document justificatif à fournir : Attestation de couverture par l'organisme assureur sur laquelle votre identité et le terme (à surligner) du contrat apparaissent (carte d'assuré par exemple).

Je suis déjà couvert au titre d'un autre emploi, ou en tant qu'ayant droit obligatoirement affilié, par une complémentaire santé collective et obligatoire (emploi privé, affilié CAMIEG, fonctionnaire de l'Etat ou de l'un de ses établissements publics, agent d'une collectivité territoriale ou de l'un de ses établissements publics).

Document justificatif à fournir : Tout document utile (par exemple, attestation de rattachement au contrat d'assurance groupe par l'organisme assureur, décision unilatérale ou accord collectif fondateur du régime de rattachement, ou tout autre document attestant du caractère collectif et obligatoire de la couverture et de votre rattachement).

Je suis déjà couvert au titre d'une activité non salariée par un contrat d'assurance dit « Madelin ».

Document justificatif à fournir : Tout document utile (par exemple, contrat souscrit auprès de l'organisme assureur ou attestation fiscale envoyée annuellement par ce dernier).

Je reconnais par la présente avoir été informé des conséquences résultant de ma dispense d'affiliation au régime frais de santé de l'association.

Fait à _____

Le _____

SIGNATURE