

ATTESTATION DU SALARIE

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Embauché(e) à la date du :

Par l'association :

Adresse de l'association :

Déclare :

Ne pas souhaiter souscrire au régime de frais de santé proposé par mon employeur en toute connaissance des dispositions au contrat mutuelle en vigueur dans l'association pour la raison suivante (cocher la case correspondante) :

- Je suis titulaire d'un CDD de moins de 12 mois
- Je suis titulaire d'un CDD d'une durée égale à au moins 12 mois et je bénéficie d'une couverture individuelle souscrit par ailleurs¹.
- Je suis titulaire de la CMU ou de l'ACS¹.
- Le montant de ma cotisation serait au moins égal à 10% de ma rémunération brute (ce motif de dispense ne concerne pas les CDI Intermittents).
- Je suis adhérent(e) à une couverture complémentaire à titre individuel. Je reconnais que cette dispense ne jouera que jusqu'à l'échéance de mon contrat individuel¹.
- Je dispose d'une couverture complémentaire d'un dispositif collectif obligatoire en qualité d'ayant-droit. Par exemple, les salariés étant sur le contrat obligatoire de leur conjoint¹.
- Je dispose d'une couverture complémentaire d'un dispositif collectif obligatoire auprès d'un **autre employeur**¹.
- J'étais déjà salarié(e) de l'association au moment de la mise en place de la complémentaire santé par DUE (décision unilatérale de l'employeur).

¹Justificatif mentionnant le nom du bénéficiaire et la période de validité à fournir tous les ans.

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

J'ai également été informé(e) qu'à tout moment, je peux revenir sur ma décision et solliciter auprès de l'employeur, par écrit, mon affiliation à la couverture frais de santé.

Fait à :

Le :

Signature: