



Régime collectif et obligatoire frais de santé

Formulaire de demande de dispense d'affiliation

(art. R242-1-6 du Code de la Sécurité sociale)

Vous avez été informé des dispositions relatives à l'affiliation au régime Frais de Santé mis en place par l'ARFRIPS et **vous décidez en toute connaissance de cause de ne pas vous affilier à ce régime** car vous êtes dans l'une des situations énumérées ci-dessous.

Formulaire à compléter par le salarié et à retourner avec le contrat de travail à l'ARFRIPS, daté, signé, et accompagné des pièces justificatives (attestation de la couverture frais de santé individuel, ou à défaut une attestation sur l'honneur)
A défaut de quoi le salarié est automatiquement affilié au régime collectif.

Je soussigné(e)
domicilié(e)
demande à être dispensé(e) de la couverture complémentaire frais de santé mise en place à titre collectif et obligatoire par l'ARFRIPS.

Je déclare être dans l'une des situations suivantes prévues par l'acte fondateur du régime (cocher la case correspondante) :

☐ Je suis salarié(e) titulaire d'un contrat de travail à durée déterminée d'une durée inférieure à 3 mois et/ou dont la durée hebdomadaire du travail est inférieure ou égale à 15h/semaine.

☐ Je suis par ailleurs titulaire d'une couverture santé individuelle identique et à ce titre je sollicite le versement santé.

☐ Je bénéficie par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit :

- d'un contrat d'assurance groupe frais de santé obligatoire, souscrit dans le cadre professionnel (article L242-1 alinéa 6 du Code de la Sécurité sociale) ;
- d'un dispositif frais de santé souscrit dans le cadre d'une participation à la protection sociale complémentaire de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un de leurs établissements publics (décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011) ;
- du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (décret n° 46- 1541 du 22 juin 1946) ;
- d'un contrat d'assurance groupe frais de santé souscrit dans le cadre de la loi dite « Madelin » (loi n° 94- 126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle).
- du régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D325-6 et D325-7 du Code de la Sécurité sociale.

Les cas de dispense énumérés ci-dessus s'appliquent sans préjudice des dispositions de l'article D911-2 du Code de la Sécurité sociale.

Je confirme avoir été préalablement informé(e) par mon employeur des conséquences de mon choix d'être dispensé(e) d'affiliation au régime collectif et obligatoire frais de santé.

Ainsi, je reconnais avoir été informé(e) que cette demande de dispense me fait perdre le bénéfice :

- **des garanties frais de santé prévues par le présent régime et de toute prise en charge en cas de réalisation du risque ;**
- **de la part de cotisations prises en charge par l'employeur (y compris un éventuel « versement santé ») ;**
- **du maintien des garanties en cas de chômage indemnisé (article L911-8 du Code de la Sécurité sociale) ;**
- **du maintien des garanties en cas d'incapacité, d'invalidité ou de départ à la retraite (article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin »).**

En outre, j'atteste de l'exactitude des renseignements ci-dessus et joins à l'attention de mon employeur les pièces justificatives me permettant de faire valoir cette dispense d'affiliation. Par ailleurs, je m'engage à signaler à mon employeur tout changement de situation et à fournir les justificatifs nécessaires.

Fait à

Le

Signature obligatoire de l'assuré