

DEMANDE DE DISPENSE D'AFFILIATION RÉGIME EEP SANTÉ À COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ ET À FOURNIR CHAQUE ANNÉE À L'EMPLOYEUR

Pour l'année : / /

DEMANDEUR (Salarié)

Nom Prénom
Adresse
Code postal Commune

DESTINATAIRE (Employeur)

Établissement
Adresse

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) reconnais avoir été informé(e) par mon employeur de la mise en place du régime collectif de complémentaire Santé EEP Santé à adhésion obligatoire et avoir pris connaissance des garanties EEP Santé.

Je demande une dispense d'affiliation au régime EEP Santé mis en place à titre obligatoire par mon employeur, pour le motif suivant (voir au dos les cas de dispense et cocher le n du cas concerné) :

Cas n°1 ☐ Cas n°2 ☐ Cas n°3 ☐ Cas n°4 ☐ Cas n°5 ☐ Cas n°6 ☐ Cas n°7 ☐

Je joins obligatoirement à ma demande pour qu'elle soit recevable les justificatifs correspondants

Je reconnais avoir été clairement informé(e) des conséquences de mon choix, notamment au titre de la perte de portabilité de ces garanties, au sens de l'article L 911 8 du Code de la sécurité sociale

Je reconnais avoir été informé(e) du fait qu'en tant que salarié(e) ayant choisi d'être dispensé(e) d'affiliation, je peux à tout moment revenir sur ma décision et solliciter par écrit, auprès de mon employeur, mon affiliation à la couverture EEP Santé Cette affiliation prendra alors effet le 1^{er} jour du mois suivant ma demande.

En cas de modification de ma situation ou d'absence de fourniture de justificatifs, je prends acte que mon affiliation sera automatique au régime EEP Santé et fera l'objet d'un prélèvement de cotisation.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à :

Le :

Signature du salarié concerné

Par dérogation au caractère obligatoire de l'affiliation des salariés, toutes les dispenses d'adhésion prévues à l'article R.242-1-6 du Code de la Sécurité sociale sont retenues. Les cas de dispenses prévus par les articles D.911-2 et L.911-7 du même code s'appliquent de plein droit.

Vous pouvez donc choisir de ne pas être affilié au régime EEP Santé si vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes **(Cocher la case correspondant à votre situation au recto de la présente feuille)** :

1. Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée déterminée au moins égale à 12 mois, sous réserve qu'ils produisent un document attestant qu'ils bénéficient d'une couverture individuelle frais de santé ;
2. Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée déterminée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle frais de santé souscrite par ailleurs ;
3. Les salariés bénéficiaires à temps partiel et apprentis dont l'affiliation les conduirait à s'acquitter d'une cotisation globale (toutes garanties complémentaires d'entreprise additionnées notamment la prévoyance) au moins égale à 10 de leur rémunération brute ;
4. Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L.861-3 du code de la Sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L.863-1 du Code de la Sécurité sociale au moment de la mise en place du régime institué par le présent accord ou de leur embauche si elle est postérieure (salariés bénéficiant de la CMU ; CMU-C ou ACS).

Dans les situations visées par le cas n°4, la dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide. La demande de dispense doit être accompagnée d'un justificatif ;

5. Les salariés bénéficiaires couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place du régime institué par le présent accord ou de l'embauche si elle est postérieure. Cette dispense ne peut alors jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel. Si le contrat comporte une clause à renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de la reconduction tacite ;
6. Les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs suivants :
 - a. Dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale (**régime collectif et obligatoire pour l'ayant droit**) ;
 - b. Dans le cadre du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;
 - c. Dans le cadre des dispositions prévues par le décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
 - d. Dans le cadre des dispositions prévues par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
 - e. Dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ;
 - f. Des prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants : d) Régime local d'assurance maladie du Haut Rhin, du Bas Rhin et de la Moselle, en application des articles D.325-6 et D.325-7 du Code de la Sécurité sociale.
7. Application de l'arrêt du 7 juin 2023 le salarié est couvert en tant qu'ayant droit à titre facultatif au contrat frais de santé collectif et obligatoire de son conjoint. Le salarié transmettra une copie de sa carte tiers payant.

Si vous avez plusieurs employeurs relevant du champ d'application de l'Accord Collectif du 18 juin 2015, **vous même et un seul de vos employeurs cotisez auprès de l'organisme recommandé**. Il s'agit du premier employeur auprès duquel vous acquérez la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre vos employeurs et vous.

Cette demande de dispense doit être formulée par écrit à votre employeur **dans les 15 jours suivant la mise en place du régime institué par le présent accord**.

À défaut, vous serez affiliés d'office au régime

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur votre demande expresse et vous devrez produire chaque année les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

Si vous ne remplissez plus les conditions de dispense, vous devez en informer votre employeur et devrez alors obligatoirement cotiser au régime EEP Santé à compter du mois civil suivant.

La dispense prend fin en cas de modification de votre situation ne vous permettant plus d'un justifier les conditions, en cas de non renouvellement annuel des justificatifs ou à votre demande.

Dans les cas où une justification doit être produite chaque année à l'employeur, celle-ci doit lui être adressée **entre le 1^{er} et le 31 décembre**. Lorsque l'employeur ne reçoit pas de justificatif, le salarié est affilié à effet du 1^{er} janvier qui suit.