

COUPON REPONSE- DISPENSE D'ADHESION

Je soussigné(e) (Nom et prénom),
domicilié(e) et
salarié(e) de la société sis
..... déclare vouloir bénéficier de la dispense
d'adhésion prévue à l'article D.911-2 2° du Code de la Sécurité sociale du fait d'une couverture
« remboursement de frais médicaux » souscrite à titre individuel auprès de l'organisme assureur
.....et n°..... (référence du contrat souscrit).

Je bénéficie de cette couverture jusqu'au/...../.....

(La dispense ne peut jouer que jusqu'à l'échéance annuelle du contrat individuel permettant sa résiliation).

J'ai été préalablement informé par mon employeur des conséquences de la renonciation au bénéfice du régime collectif et obligatoire de frais de santé.

J'ai bien noté qu'en choisissant de bénéficier de cette dispense, je renonce jusqu'à l'échéance anniversaire de ma couverture individuelle :

- à prétendre aux prestations du régime frais de santé mis en place au sein de mon entreprise, si j'ai des frais de santé ou d'hospitalisation,
- à percevoir de quelque façon que ce soit, la contribution patronale de ce régime,
- et, à bénéficier de la portabilité des droits en cas de chômage indemnisé et/ou au bénéfice du maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi n°89-1009.

J'ai été informé(e) que je devrai adhérer à ce régime à la date d'échéance de mon contrat individuel.

Je m'engage,

- sur l'exactitude des déclarations portées ci-dessus.
- à informer mon employeur de l'échéance de la couverture individuelle dont je bénéficie.

Fait à, le
Signature