

Demande de dispense d'adhésion au régime de remboursement complémentaire de frais médicaux Carrefour

NOM		Prénom	
-----	--	--------	--

N° de sécurité sociale			
Adresse			
N° de téléphone (facultatif)			
Entité (société et établissement)			

Demande à être dispensé au titre de l'article L.911-7 CSS de la couverture complémentaire santé mise en place à titre obligatoire et collectif au sein des entreprises du Groupe Carrefour.

En effet :

- je suis nouvellement embauché, et j'établis la présente demande au moment de mon embauche, soit le

ou

- ma situation professionnelle ou familiale a changé depuis le et je présente ma demande dans les 30 jours qui suivent ce changement. Dans ce cas, la dispense sera effective le mois de la réception de la demande pour les demandes parvenues au service du personnel avant le 10 du mois, le mois suivant pour les demandes parvenues après le 10.

Je déclare être dans une des situations suivantes à compter de cette date :

- Je suis bénéficiaire, en tant que salarié au titre d'un autre emploi, ou en tant qu'ayant droit (par exemple au titre de mon conjoint), d'une couverture complémentaire santé** au titre d'un des dispositifs suivants :

Couverture collective obligatoire d'une autre entreprise (1):

- Nom, adresse entreprise, nom de la mutuelle :

Couverture collective obligatoire du Groupe Carrefour en tant qu'ayant droit à charge du salarié(e) ci-dessous, affilié(e) au régime (1bis) :

- Nom, prénom, n° de Sécurité sociale, société :

Régime local Alsace-Moselle (2)

Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) (3)

Protection sociale complémentaire des agents de la Fonction publique d'Etat ou de la fonction publique territoriale (4)

Contrat d'assurance de groupe « Madelin » (5)

- Je bénéficie de l'aide à la complémentaire santé (ACS) (6)**
- Je bénéficie de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) (7)**
- Je suis déjà couvert par une couverture complémentaire santé individuelle au moment de mon embauche (8)**

Mon contrat s'éteint à échéance du : __/__/____

Je fournis les justificatifs nécessaires :

- (1) Attestation d'assurance « collective obligatoire responsable » (art L. 871-1 CSS), et précisant la qualité de bénéficiaire obligatoire du régime.
- (1bis) Justificatif de domicile fiscal commun et justificatif par tout moyen de l'existence d'une vie commune de plus d'un an ou enfant commun à charge.
- (2) à (5) : Attestation d'affiliation et preuve de la qualité d'ayant droit.
- (6) et (7) : Attestation d'affiliation
- (8) Attestation d'assurance et date d'échéance du contrat individuel

Je m'engage à fournir annuellement à mon employeur le justificatif et la poursuite de cette dispense.

Je renonce, pour la période pendant laquelle je suis dispensé(e), pour moi-même et mes éventuels ayants droit (conjoint, enfants), à la couverture complémentaire santé mise en place à titre collectif et obligatoire dans mon entreprise au bénéfice de l'ensemble de ses salariés et leurs familles (conjoint et enfants), ainsi qu'au bénéfice d'un maintien de la complémentaire santé collective pour les salariés quittant l'entreprise au titre des droits à la portabilité.

Je comprends que lorsque la situation me permettant d'être dispensé d'adhérer au régime Carrefour cessera, je devrai cotiser obligatoirement audit régime.

Je pourrai demander à tout moment à réintégrer le régime mais alors ma décision sera irrévocable, sauf en cas de présentation d'un justificatif attestant d'une nouvelle dispense autorisée par le régime complémentaire santé collective obligatoire du groupe Carrefour.

Je m'engage à informer mon employeur de la date à laquelle je cesserai de bénéficier d'un de ces dispositifs (par exemple perte de la qualité d'ayant droit de mon conjoint...) pour permettre de m'affilier au régime complémentaire santé collective obligatoire du groupe Carrefour.

Je reconnais avoir été préalablement informé(e) par mon employeur des conséquences de mon choix.

Fait à Le

signature

A transmettre au service d'administration du personnel/Contact RH (CSP RH)