DEMANDE DE DISPENSE *au régime Frais de Santé*

SAFRAN

Bulletin à retourner à votre correspondant paie ou ressources humaines accompagné des pièces justificatives.

● ENTITÉ EMPLOYEUR (CADRE RESERVÉ À L'ENTREPRISE)

Raison Sociale / Société : _____

Etablissement : _____

_____

Siret : _____

● DATE D'EFFET DE LA DEMANDE

|__|__| |__|__| |__|__|

La demande de dispense doit être produite dans le mois suivant l'embauche ou le fait générateur de la dispense.

● LE SALARIÉ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **(MATRICULE) (informations obligatoires)**

Nom	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité sociale
		|__|__| |__|__| |__|__|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Adresse mail _____ @ _____

Téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Je soussigné(e), déclare me trouver dans l'une des situations suivantes et **demande à ne pas être affilié(e) au régime** collectif et obligatoire **de frais de santé :**

1 ☐	Salarié(e) bénéficiaire d'un CDD, d'un contrat d'apprentissage ou d'un contrat de mission dont la **couverture** est **inférieure à 3 mois**, et couvert(e) par ailleurs par une couverture frais de santé responsable
2 ☐	Salarié(e) bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (fusion de la CMU-C et de l'ACS).
3 ☐	Salarié(e) couvert par une assurance individuelle frais de santé jusqu'au : |_|_| |_|_| |_|_|
4 ☐	Salarié(e) bénéficiant, y compris en qualité d'ayant droit, de prestations servies **au titre d'un autre emploi** en tant que bénéficiaire d'un régime collectif et obligatoire (ou assimilé) (1)
5 ☐	Salarié(e) en CDD, y compris les contrats en alternance (apprenti, professionnalisation, CIFRE...) quelle qu'en soit la durée, bénéficiant d'une couverture frais de santé par ailleurs
6 ☐	Salarié(e) à **temps très partiel** dont l'affiliation au système de garanties (Prévoyance et Frais de Santé) me conduirait à m'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de ma rémunération mensuelle brute et bénéficiant d'une couverture frais de santé par ailleurs
7 ☐	Salarié(e) dont le **conjoint est également salarié** d'une entreprise de Safran couverte par le régime frais de santé du groupe

- J'ai été préalablement informé(e) par mon employeur des conséquences de la renonciation au bénéfice du régime collectif et obligatoire frais de santé.
- Je renonce également à la part patronale des cotisations, au bénéfice de la portabilité des droits en cas de chômage indemnisé, et au bénéfice du maintien des garanties au titre de l'Article 4 de la loi 89-1009 dite loi Evin.
- J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus, et je joins à l'attention de mon employeur les documents me permettant de faire valoir cette dispense d'affiliation (voir ci-dessous).

J'ai bien noté qu'en fonction de ma situation, un justificatif sera à fournir chaque année.

CADRE RÉSERVÉ À L'ENTREPRISE

Fait à _____

Le _____

Visa Safran

CADRE RÉSERVÉ AU SALARIÉ

Signature obligatoire du salarié

JUSTIFICATIFS À FOURNIR EN FONCTION DE LA CASE COCHÉE	
1	Justificatif d'une couverture répondant aux critères des « contrats responsables » tels que définis par les articles L. 871-1 et R. 871-1 du Code de la Sécurité sociale
2	Justificatif du droit à la complémentaire Santé Solidaire
3	Justificatif de la couverture frais de santé individuelle
4	Justificatif de la couverture collective frais de santé obligatoire (1) chez l'autre employeur, à produire annuellement
5	Justificatif de la couverture frais de santé (obligatoire ou facultative) souscrite par ailleurs
6	Justificatif d'une couverture obligatoire ou facultative souscrite par ailleurs, à produire annuellement
7	Justificatif de la couverture collective obligatoire par le régime Frais de santé de Safran en tant qu'ayant-droit, à produire annuellement

(1)
- Dispositif de prévoyance complémentaire collectif obligatoire, le caractère obligatoire s'entendant également pour l'ayant droit (remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale) ;
- 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) ;
- régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946) ;
- régime de prévoyance de la Fonction publique d'Etat issu du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 ;
- régime de prévoyance de la Fonction publique territoriale issu du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- contrat d'assurance de groupe « Madelin » issu de la loi n° 94-126 du 11 février 1994.

PAO VYV - Adaptation : VUPAR - 01/2022

malakoff humanis

Malakoff Humanis Prévoyance
Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité sociale, Immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 775 691 181
Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis Siège social : 21 rue Laffitte – 75009 PARIS

Harmonie mutuelle GROUPE VYV AVANÇONS collectif

Harmonie Mutuelle-Groupe VYV Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, Numéro LEI n°969500JLU5ZH89G4TD57, Siège social : 143 rue Blomet – 75015 Paris, agissant pour son compte et celui des mutuelles co assureur

Contrat collectif coassuré par Malakoff Humanis Prévoyance et par Harmonie Mutuelle Groupe VYV agissant pour elle-même et pour le compte d'organismes mutualistes coassureurs (dont la liste figure dans la notice d'information) l'ayant mandaté à cet effet. Autorité de contrôle : ACPR - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.