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

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 de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire d'un régime collectif et obligatoire ou en qualité d'ayant droit 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	Pour les salariés bénéficiant de prestations servies au titre d'un autre emploi : justificatif de la couverture collective frais de santé obligatoire(1) chez l'autre employeur, à produire annuellement. Pour les salariés bénéficiant en qualité d'ayant droit d'un régime collectif obligatoire : justificatif de la couverture frais de santé collective obligatoire (à adhésion obligatoire ou facultative), 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 - 01/2025

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 coassureur

Contrat collectif assuré 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.