

RENONCEMENT À LA MUTUELLE SANTÉ ENTREPRISE OBLIGATOIRE

Compte tenu de ma situation personnelle, je soussigné (e) _____, né(e) le _____ à _____ déclare renoncer à la mutuelle entreprise obligatoire car je rentre dans le cas de dispense suivante :

J'ai déjà une mutuelle en tant qu'ayant droit (couverture collective)

J'ai déjà une mutuelle (complémentaire individuelle)

Cette dispense est temporaire. Elle cesse à la date d'échéance annuelle du contrat individuel.

Je bénéficie de la CSS ou de l'ACS

Je suis à temps très partiel

Je suis en CDD ou en contrat de mission (jusqu'à 3 mois)

Je suis en CDD ou en contrat de mission (entre 3 mois et 1 an)

Je suis en CDD ou en contrat de mission d'1 an ou plus

Je suis apprenti

J'ai été préalablement informé(e) des conséquences de mon choix et atteste avoir pris connaissance qu'en cas de renoncement, je ne pourrai pas bénéficier des remboursements prévus par le contrat, ni la portabilité des droits en cas de chômage, ni du maintien des garanties en cas de départ à la retraite.

J'ai été informé(e) que je peux revenir sur ce renoncement et bénéficier de la couverture entreprise.

Nom de l'organisme assureur qui me couvre et qui me permet de solliciter cette dispense (joindre un justificatif) :

Date d'échéance annuelle :

Cette attestation est valable pour toute l'année en cours et devra être renouvelée.

Fait à _____ le _____

Certifié conforme et sincère