

Demande de dispense d'affiliation – Régime EEP SANTE

A COMPLETER PAR LE SALARIE ET A FOURNIR CHAQUE ANNEE A L'EMPLOYEUR

Pour l'année : _____

DEMANDEUR : (Salarié)

NOM : _____

PRENOM : _____

ADRESSE : _____

DESTINATAIRE : (Employeur)

ETABLISSEMENT : _____

ADRESSE : _____

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) _____ reconnais d'avoir été informé(e) par mon employeur de la mise en place du régime collectif de complémentaire santé EEP Santé à adhésion obligatoire et d'avoir pris connaissance des garanties EEP Santé.

Je demande une dispense d'affiliation au régime EEP Santé mis en place à titre obligatoire par mon employeur, pour le motif suivant (voir au dos les cas de dispense et cocher le n° du cas concerné) :

Cas n°1 Cas n° 2 Cas n°3 Cas n°4 Cas n°5 Cas n°6 Cas n°7

Je joins obligatoirement à ma demande pour qu'elle soit recevable les justificatifs correspondants.

Je reconnais avoir été clairement informé(e) des conséquences de mon choix, notamment au titre de la perte de la portabilité de ces garanties, au sens de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

Je reconnais avoir été informé(e) du fait qu'en tant que salarié ayant choisi d'être dispensés d'affiliation, je peux à tout moment revenir sur ma décision et solliciter par écrit, auprès de mon employeur, mon affiliation à la couverture EEP Santé. Cette affiliation prendra alors effet le 1^{er} jour du mois suivant ma demande.

En cas de modification de ma situation ou d'absence de fourniture de justificatifs, je prends acte que mon affiliation sera automatique au régime EEP Santé et fera l'objet d'un prélèvement de cotisation.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à : _____ Le : _____

Signature du salarié concerné :