

**Pour refuser légalement la mutuelle de votre entreprise,
veuillez transmettre ce document complété et signé à votre
employeur accompagné de l'attestation jointe**

REFUS D'ADHESION AU REGIME « FRAIS DE SANTE »

Nom :

Prénom :

Je soussigné,, déclare avoir pris connaissance de la mise en place par mon employeur, la société, d'un régime de remboursements complémentaires de Frais Médicaux à caractère obligatoire.

Je confirme mon refus d'adhérer et de cotiser à ce régime pour le motif suivant :

Je suis bénéficiaire d'une couverture individuelle « frais de santé » souscrite auprès de la mutuelle LE RALLIEMENT 10 rue Littré 37000 TOURS jusqu'à son échéance annuelle le 30 juin.

Ce cas de dispense est d'ordre public, c'est-à-dire qu'il peut être invoqué par tout salarié, qu'il soit prévu ou pas dans l'acte juridique instituant la couverture collective obligatoire de l'entreprise et ne peut pas être remis en cause par l'employeur (en conformité avec la lettre circulaire n° 2016-0000006 de l'ACOSS du 22 janvier 2016 précisant les termes de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016).

Titulaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'apprentissage (sous réserve de justifier de l'existence d'une couverture « frais de santé » lorsque la durée du contrat de travail est au moins égale à 12 mois).

Je certifie avoir été informé des conséquences de mon choix par mon employeur.

Fait à :

Le :

Signature du salarié