REGIME FRAIS DE SANTE des salariés non cadres des exploitations agricoles du TARN et CUMA et ETARF du TARN et de la HAUTE GARONNE.

Bulletin individuel de dispense d'affiliation

Date d'effet : ___ / ___ / _____

Nom : _____

Prénom : _____

N° de Sécurité Sociale : I___I___.___I___.___I___.___I___.___.___I___.___.___I___.___I

Employeur : _____

Cas de dispense

☐ Vous êtes couvert à titre obligatoire par la complémentaire santé **obligatoire** de votre conjoint ou d'un des dispositifs indiqués dans l'arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion. Vous devrez justifier chaque année de celle-ci dont vous bénéficiez, pour un niveau de prestations au moins équivalentes ;
- Joindre l'attestation de couverture obligatoire et familiale

☐ Vous bénéficiez de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS prévue à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale) La dispense d'affiliation ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel (si vous ne pouvez pas le résilier par anticipation) ;
- Joindre l'attestation de l'aide à l'acquisition

☐ Vous bénéficiez déjà d'une couverture complémentaire obligatoire frais de santé dans le cadre d'un autre emploi (salariés à employeurs multiples). Vous devrez justifier chaque année de la couverture obligatoire dont vous bénéficiez par ailleurs ;
- Joindre l'attestation de votre employeur indiquant la présence d'une couverture complémentaire obligatoire

☐ Vous êtes bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale). La dispense d'affiliation ne vaut que jusqu'à l'échéance annuelle de droits CMU-C ;
- Joindre l'attestation d'allocataire de la CMU-C

☐ Vous êtes à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) ou apprentis n'ayant qu'un seul employeur, dès lors que la part de cotisation que vous devez acquitter est supérieure à 10 % de votre rémunération.
- Joindre une copie de votre feuille de paie
- Joindre une attestation sur l'honneur précisant n'avoir qu'un seul employeur

☐ Vous êtes bénéficiaire d'un contrat de travail d'une durée inférieure à douze mois et avez trois mois d'ancienneté, vous pouvez demander à être dispensé en cochant la case et remettant le document daté et signé à votre employeur.

☐ Vous êtes bénéficiaire d'un contrat de travail d'une durée égale ou supérieure à douze mois et avez trois mois d'ancienneté, vous pouvez demander à être dispensé à condition de justifier par écrit que vous êtes couverts par ailleurs.
- Joindre attestation couverture santé de votre organisme assureur

☐ Vous êtes couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à l'échéance du contrat du contrat individuel.
- Joindre attestation couverture individuel et refus de résiliation de votre organisme assureur

Je déclare avoir été préalablement informé par l'employeur des conséquences de mon choix.

Date : ___/___/ _____ Signature du salarié

PARAGRAPHE imageurs -01/16

Harmonie mutuelle
En harmonie avec votre santé

MUTUALITÉ FRANÇAISE

Harmonie Mutuelle, 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.