

**Demande de dispense d'affiliation à la couverture complémentaire santé collective et obligatoire prévue par l'accord du 2 juillet 2009 au bénéfice des salariés agricoles non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux du Nord Pas-de-Calais**

(cf. articles L.911-7, L.911-7-1, R.242-1-6, D.911-2 du code de la Sécurité sociale)

**A compléter par le salarié et à fournir chaque année à l'employeur**

**Pour l'année 20..**

**EXPEDITEUR (Salarié)**

Nom : [ \_\_\_\_\_ ]

Prénom : [ \_\_\_\_\_ ]

Adresse : [ \_\_\_\_\_ ]

[ \_\_\_\_\_ ]

Code Postal : [ | | | | | ]

Ville : [ \_\_\_\_\_ ]

**DESTINATAIRE**

**(Inscrivez ici les coordonnées de votre employeur)**

Société : [ \_\_\_\_\_ ]

Adresse : [ \_\_\_\_\_ ]

[ \_\_\_\_\_ ]

Code Postal : [ | | | | | ]

Ville : [ \_\_\_\_\_ ]

Je, soussigné \_\_\_\_\_ demande une dispense d'affiliation au régime Complémentaire santé mis en place dans le cadre de l'Accord du 2 juillet 2009 pour une protection sociale complémentaire en agriculture pour le motif suivant (voir au dos les cas possibles 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

Vous trouverez, joints les justificatifs nécessaires.

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

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_ Signature

Vous pouvez choisir de ne pas être affilié à l'assurance Complémentaire santé si vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes :

**Cas N°1 :**

**Vous bénéficiez de la Complémentaire Santé Solidaire.**

-> joindre l'attestation de votre Complémentaire Santé Solidaire.

**Cas N°2 :**

**Vous bénéficiez d'une assurance Complémentaire santé individuelle au moment de l'embauche.**

Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel.

**Cas N°3 :**

Vous bénéficiez, en tant que salarié au titre d'un autre emploi, d'une couverture complémentaire santé au titre d'un des dispositifs suivants :

- Couverture collective obligatoire d'une autre entreprise **[Inscrire ici le nom et l'adresse de l'entreprise + joindre l'attestation mentionnant votre affiliation obligatoire] :**

.....  
.....

- Protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique d'Etat ou de la fonction publique territoriale ;
- Contrat d'assurance de groupe dit « Madelin » destiné aux travailleurs indépendants ;
- Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
- Régime spécial de Sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- Caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

**Cas N°4 :**

**Vous êtes bénéficiaire** en tant qu'ayant droit (y compris facultatif) de votre conjoint ou de votre père ou de votre mère, **d'une couverture complémentaire santé collective obligatoire pour eux** [inscrire ici le nom et l'adresse de l'entreprise + joindre l'attestation mentionnant votre affiliation au dispositif] :

.....  
.....

**Cas N°5 :**

**Vous êtes salarié(e) ou apprenti(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission au moins supérieur à 12 mois.**

-> joindre l'attestation de l'organisme assureur + la copie de votre contrat de travail.

**Cas N°6 :**

**Vous êtes salarié(e) ou apprenti(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission supérieur à 3 mois et inférieur à 12 mois.**

-> joindre l'attestation de l'organisme assureur + la copie de votre contrat de travail.

**Cas N°7 :**

**Vous êtes salarié(e) à temps partiel ou apprenti(e) et votre cotisation à la complémentaire santé collective de votre entreprise représenterait au moins 10 % de votre rémunération brute. (1)**

-> joindre les 3 derniers bulletins de salaire ou le bulletin de décembre de l'année précédente.

(1) En cas d'augmentation de votre rémunération si vous êtes salarié à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de votre durée de travail, si la cotisation représente moins de 10% de celle-ci de façon pérenne, vous devrez alors obligatoirement cotiser au régime Complémentaire santé.

*La mise en œuvre d'un de ces cas de dispenses ne peut avoir lieu que sur demande écrite de votre part en joignant les justificatifs de votre situation.*

*La demande de dispense d'affiliation écrite doit parvenir à votre employeur au plus tard avant la fin du 1er mois de votre embauche.*

***Vous devrez annuellement apporter à votre employeur la preuve de votre situation justifiant de la dispense d'affiliation.***

*Si vous ne remplissez plus les conditions requises à la dispense d'affiliation, vous devez en informer votre employeur. Vous serez alors affilié obligatoirement au régime Complémentaire santé à compter du 1er jour du mois civil suivant.*

*La dispense prend fin en cas de modification de votre situation ne vous permettant plus d'en justifier les conditions, en cas de non renouvellement annuel des justificatifs, ou à votre demande.*

Pour tous les cas de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par vous ni par votre employeur.