

**Demande de maintien de dispense d'affiliation à la couverture complémentaire santé collective et obligatoire prévue par l'accord du 17 juin 2009 au bénéfice des salariés agricoles non cadres des exploitations agricoles et des CUMA de Picardie, des exploitations de cultures spécialisées de l'Aisne, des entreprises des Territoires de Picardie et des propriétaires forestiers de l'Aisne**

(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 17 juin 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. <sup>(1)</sup>**  
-> 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.