

DEMANDE DE DISPENSE D'ADHESION AU REGIME SANTE COMPLEMENTAIRE DES SALARIES AGRICOLES NON CADRES

→ **Etape 1 :**

Cochez la case correspondante à votre cas :

Cas n°1 <input type="checkbox"/>	Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze (12) mois.	à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties
Cas n°2 <input type="checkbox"/>	Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze (12) mois.	à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle
Cas n°3 <input type="checkbox"/>	Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.	à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle
Cas n°4 <input type="checkbox"/>	Les salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide	à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle Fournir l'attestation de bénéficiaire de la CMUC ou l'Aide à la Complémentaire Santé
Cas n°5 <input type="checkbox"/>	Les salariés 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 échéance du contrat individuel	à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle
Cas n°6 <input type="checkbox"/>	Les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après, à condition de le justifier chaque année : <ul style="list-style-type: none"> Dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant 	Dispense pouvant jouer jusqu'à ce que le salarié cesse de bénéficier de la couverture en cause Fournir une attestation de l'employeur du conjoint de couverture collective obligatoire du conjoint

	<p>droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire),</p> <ul style="list-style-type: none"> • Régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG), • Régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'Etat, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels, • Régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, • Contrats d'assurance de groupe dits « Madelin », • Régime spécial de Sécurité sociale des gens de mer (ENIM), • Caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF). 	
<p>Cas n°7 : <input type="checkbox"/></p>	<p>Salariés en CDD ou en contrat de mission dont la durée de la couverture collective et obligatoire dont ils bénéficient en matière de frais de santé est inférieure à 3 mois (c. séc. Soc. Art. L.911-7 III, al 2 et D.911-6)</p>	<p>Justifier bénéficiaire d'une couverture respectant les conditions des contrats responsables</p> <p>Les salariés faisant jouer ce cas de dispense ont droit au versement santé de l'employeur sur justification d'un contrat d'assurance maladie complémentaire « responsable » (c. séc. Soc. Art. L911-7-1)</p>

→ **Etape 2 :**

Complétez et signez le formulaire ci-dessous :

Je soussigné(e) Nom prénom du salarié :

Numéro de sécurité sociale:.....

Salarié de l'entreprise (préciser le SIRET) :

pour la période du au

déclare être couvert par la mutuelle(préciser le nom de l'organisme).

Ma mutuelle me couvre pour la période deà.....

Cachet et signature de l'employeur :

Signature du salarié :

Le/...../...

Le/...../.....

→ **Etape 3 :**

Retournez l'ensemble de ce document (3 pages) accompagné des justificatifs par mail à :

dispenses.agricoles@eovi-mcd.fr