



**FORMULAIRE DE DEMANDE DE DISPENSE
D'ADHESION DU SALARIE AU REGIME DE FRAIS
DE SANTE A ADHESION OBLIGATOIRE**
OBLIGATION DE RENOUELEMENT ANNUELLE



90180401

Déclaration à retourner, complétée et signée par courrier au Centre de Services Partagés Paie – Immeuble Loire – B.C. 207-50 – Villejuif.

Ce document peut être complété directement sur votre poste de travail ou imprimé.

	Code Société	Code Matricule	
Matricule	0 3 9	0	
Nom :	<input type="text"/>		
Prénom :	<input type="text"/>		

Je reconnais avoir été informé(e) au préalable, de l'existence d'un régime complémentaire de frais de santé à adhésion obligatoire applicable au sein de LCL.

Par la présente, je déclare être personnellement :

DISPENSE NECESSITANT UN RENOUELEMENT ANNUEL

	Cochez à gauche et renseignez l'encadré correspondant	Justificatifs à fournir
<input type="checkbox"/>	<p>Vous bénéficiez en tant qu'ayant droit (de votre conjoint ou assimilé) ou dans le cadre d'un autre emploi (salarié(e) multi-employeurs) d'une des couvertures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complémentaire santé collective, familiale et obligatoire d'entreprise (Conformément à l'article L 242-1 alinéa 6 CSS) • Régime local d'assurance maladie des Haut-Rhin, Bas-Rhin et Moselle • Régime Complémentaire d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières (CAMIEG) • Complémentaire santé de la Fonction publique d'Etat (décret n°2007-1373 du 19/09/2007) ou de la Fonction publique territoriale (décret n°2011-1474 du 8/11/2011) • Contrat d'assurance de groupe des Travailleurs Non-Salariés (Loi n°94-126 du 11/02/1994). 	<p>La demande doit être formulée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans les 2 mois qui suivent l'embauche et sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime; - ou si elle est postérieure, dans les 2 mois qui suivent la prise d'effet de la couverture dont le salarié bénéficie par ailleurs au titre d'un autre emploi ou en tant qu'ayant droit. <p>Vous devez faire compléter l'attestation fournie en page 3 du présent document par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'employeur pour la couverture collective, familiale et obligatoire d'entreprise dans le 1er cas - et/ou par l'assureur dans les autres cas de dispense. <p>et justifier chaque année de cette couverture.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Vous êtes titulaire d'un CDD ou d'un contrat d'apprentissage d'une durée égale ou supérieure à 12 mois du / / au / / , et avez souscrit à une couverture santé individuelle avant l'embauche. Ce dispositif a pris effet le / / Référence du contrat souscrit par ailleurs (nom de l'organisme assureur et référence du contrat) :</p>	<p>La demande doit être formulée dans les 2 mois de l'embauche ou du renouvellement du CDD, si la durée totale des CDD successifs est supérieure à 12 mois, et sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime. Vous devez justifier d'avoir souscrit une couverture santé individuelle (document de l'organisme attestant de la couverture) et renouveler la demande de dispense chaque année.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Vous êtes bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou d'une Aide à la Complémentaire Santé (ACS). Ce dispositif a pris effet le / / Référence du contrat souscrit par ailleurs (nom de l'organisme assureur et référence du contrat) :</p>	<p>La demande doit être formulée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans les 2 mois qui suivent l'embauche et sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime ; - ou si elle est postérieure, dans les 2 mois à compter de la <u>date à laquelle prend effet la couverture CMU-C ou l'ACS.</u> <p>Vous devez justifier chaque année de l'aide et de la couverture (en nous fournissant justificatif de l'aide, document de l'organisme attestant de la couverture).</p> <p>La dispense d'adhésion est effective tant que dure l'aide.</p>

DISPENSE NE NECESSITANT PAS DE RENOUELEMENT ANNUEL

	Cochez à gauche et renseignez l'encadré correspondant	Modalité de la demande et documents à fournir
<input type="checkbox"/>	Vous êtes salarié(e) titulaire d'un CDD ou apprenti(e) d'une durée inférieure à 12 mois : du / / au / /	La demande doit être formulée dans les 2 mois suivant : - l'embauche - ou la signature d'un nouveau CDD si l'ancienneté LCL totale reste inférieure à 12 mois. Sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime. Vous devez renouveler la dispense en cas de signature d'un nouveau CDD.
<input type="checkbox"/>	Vous êtes salarié(e) à temps partiel ou apprenti(e) dont l'adhésion au système de garanties vous conduirait à vous acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.	La demande doit être formulée dans les 2 mois suivant : - l'embauche - ou le passage à temps partiel. Sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime.
<input type="checkbox"/>	Vous êtes salarié(e) couvert par une assurance individuelle frais de santé au moment de votre embauche. Date prochaine échéance du contrat : / / Date de préavis de résiliation (si antérieure à date d'embauche): / /	La demande doit être formulée dans les 2 mois qui suivent l'embauche, sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime. La dispense est effective jusqu'à l'échéance du contrat individuel.
<input type="checkbox"/>	Vous êtes salarié(e) titulaire d'un CDD d'une durée inférieure à 3 mois du : / / au : / / demandant à bénéficier du chèque santé. Date d'effet et de fin du contrat santé responsable souscrit par ailleurs du : / / au : / /	La demande doit être formulée dans les 2 mois qui suivent l'embauche, sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime. Vous devez justifier avoir souscrit un contrat santé responsable hors : <ul style="list-style-type: none"> - Couverture CMU-C ou ACS - Couverture obligatoire y compris en tant qu'ayant droit - Couverture financée par une collectivité publique.

Je m'engage à fournir chaque année le justificatif de ma propre prise en charge par la couverture santé indiquée ci-dessus.

J'ai bien noté qu'en l'absence de transmission de justificatif de dispense **entre le 1er février et le dernier jour de février de chaque année**, je serai **automatiquement adhérent** à compter du 1er mars au régime complémentaire santé obligatoire de LCL, et serai tenu au paiement **des cotisations correspondantes**.

Je reconnais avoir été informé(e) des conséquences de la renonciation au bénéfice du régime complémentaire de frais de santé à adhésion obligatoire en vigueur au sein de LCL. En renonçant à l'adhésion à ce régime, je renonce à tout remboursement au titre dudit régime. Je renonce également au bénéfice de la portabilité dudit régime en cas de rupture de mon contrat de travail donnant lieu à indemnisation chômage et au bénéfice du maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi n°89-1009 dite Loi Evin.

Je m'engage le cas échéant à restituer ma carte de tiers-payant et à rembourser les éventuelles dépenses de frais de santé qui auraient été prises en charge par le régime santé au-delà de la date effective de la présente demande de dispense.

SIGNATURE :

J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à informer mon employeur de toute évolution de ma couverture de frais de santé, notamment si je cesse de bénéficier du dispositif que j'ai coché.

Fait à : le : / /

Signature :

A retourner, complétée et signée par courrier au Centre de Services Partagés Paie – Immeuble Loire – B.C. 207-50 – Villejuif.



**ATTESTATION DE DISPENSE D'ADHESION
AU REGIME DE FRAIS DE SANTE
DE FRAIS DE SANTE A ADHESION
OBLIGATOIRE**



90180401

Déclaration à retourner, complétée et signée par courrier au Centre de Services Partagés Paie – Immeuble Loire – B.C. 207-50 – Villejuif.

Ce document peut être complété directement sur votre poste de travail ou imprimé.

IDENTIFICATION DU SALARIE :

	Code Société	Code Matricule	
Matricule	0 3 9	0	
Nom :			
Prénom :			

DECLARATION :

ATTESTATION DE COUVERTURE (A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR)

(Dispense du salarié)

Je soussigné Monsieur Madame

Nom : _____

Prénom : _____

Numéro de téléphone : _____

agissant en qualité de : _____

certifie que :

M. /Mme _____, salarié(e) de notre entreprise/assuré(e) par notre société d'assurance

Son (sa) conjoint(e) _____

sont couverts par (cochez la case correspondante) :

Complémentaire santé collective familiale et obligatoire d'entreprise conforme à l'article L242-1 alinéa 6 CSS

- Date de prise d'effet de la Complémentaire Santé collective familiale et obligatoire : _____ / _____ / _____
- Date d'embauche du collaborateur : _____ / _____ / _____

Régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle (Haut-Rhin, Bas-Rhin et Moselle)

Régime complémentaire santé de la Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières

Complémentaire santé de la Fonction publique d'Etat (décret n°2007-1373 du 19/09/2007) ou Fonction publique territoriale (décret n°2011-1474 du 8/11/2011)

Contrat d'assurance de groupe des Travailleurs Non-Salariés (Loi n°94-126 du 11/02/1994).

A _____ le _____ / _____ / _____

Signature : _____

Cachet de l'entreprise : _____

(1 exemplaire à envoyer IMPERATIVEMENT au CSPP, 1 à conserver par vos soins)