**RENONCIAITION A L’AFFILIATION**

**AU REGIME DE COMPLEMENTAIRE SANTE OBLIGATOIRE**

|  |
| --- |
| IMPORTANT :Document à compléter et à remettre au pole Ressources Humaines uniquement si les deux conditions suivantes sont remplies :* Vous êtes dans l’une des situations suivantes :
	+ Vous êtes couverts par une mutuelle personnelle au moment de la mise en place de la complémentaire santé obligatoire. A échéance vous devrez adhérer au régime collectif des EEDF.
	+ Vous êtes salariés à temps très partiel et devriez acquitter une cotisation complémentaire santé au moins égale à 10% de votre rémunération.
	+ Vous êtes salarié sous CDD ou apprenti et justifiez une couverture individuelle souscrite ailleurs
	+ Vous travaillez pour plusieurs employeurs et avez souscris la couverture obligatoire d’un autre employeur
	+ Vous êtes couverts à titre obligatoire par la complémentaire santé de votre conjoint ou parent
	+ Vous bénéficiez de la CMUC ou de l’aide à l’acquisition d’une complémentaire santé.
* Vous renoncez à l’affiliation au régime de complémentaire santé obligatoire mis en place aux EEDF

*Si vous renoncez pour l’un des 3 derniers motifs, vous devez joindre à ce courrier tout document justifiant de votre situation et transmettre chaque année un justificatif au Pole Ressources Humaines. A défaut, l’adhésion au régime collectif de prévoyance santé sera effectuée.* |

Nom :............................................................................................................................................................

Prénom :...................................................................................................................................................

Numéro de sécurité sociale :....................................................................................................................

*Cocher la case suivante :*

[ ]  Je suis couvert par une mutuelle personnelle au moment de la mise en place de la complémentaire santé obligatoire jusqu’au :..../..../2016. J’ai bien noté qu’à cette échéance je devrai adhérer au régime collectif mis en place aux EEDF.

[ ]  Je suis salarié sous CDD ou apprenti et justifie d’une couverture individuelle souscrite ailleurs

[ ]  Je travaille pour plusieurs employeurs et ai souscris la couverture obligatoire d’un autre employeur

[ ]  Je suis couvert à titre obligatoire par la prévoyance santé de mon conjoint ou parent

[ ]  Je bénéficie de la CMUC ou de l’aide à l’acquisition d’une complémentaire santé.

Par conséquent, **je renonce à adhérer** au régime de complémentaire santé obligatoire mis en place aux EEDF.

Je prends note que je devrai adhérer obligatoirement au régime frais de santé dès lors que je ne me trouverai plus dans l’une des situations définies ci-dessus.

Date : ..../..../20.. Signature :