

Nom Prénom  
Adresse  
Code postal Ville

Nom Entreprise  
Adresse  
Code postal Ville

Ville, le (date)

**Objet :** Demande d'une dispense d'adhésion à un contrat collectif obligatoire

Madame, Monsieur,

Je déclare être bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire depuis le [date d'attribution] auprès de [nom de l'organisme complémentaire ou de la caisse d'assurance maladie], et demande, en application de l'article D. 911-2 du code de la sécurité sociale, à être dispensé(e) de l'obligation d'adhérer à la couverture collective et obligatoire en matière de santé mise en place dans l'entreprise. La référence du contrat souscrit est : [référence du contrat souscrit].

Je reconnais avoir été préalablement informé(e) par mon employeur des conséquences de mon choix.

Je renonce ainsi, pour la période pendant laquelle je suis dispensé(e), à tout remboursement de frais de soins de santé au titre du régime collectif et obligatoire mis en place dans mon entreprise ainsi qu'à la participation de mon employeur au titre du financement de cette couverture. Je renonce également au bénéfice des droits à portabilité mentionnés à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale et des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

Je m'engage à vous signaler la date à laquelle je cesseraï de bénéficier, le cas échéant, de la Complémentaire santé solidaire.

Vous trouverez ci-joint le rappel des règles applicables à la dispense d'adhésion à un contrat collectif obligatoires. Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Prénom Nom  
Signature