

AVERTISSEMENT

Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative :

Il appartient à l'entreprise, seule compétente en la matière, de recueillir les informations et conseils nécessaires à l'adaptation de ce document. L'employeur a l'obligation d'informer le salarié des conséquences de son choix et doit conserver le formulaire de demande dispense ainsi que les justificatifs en cas de contrôle URSSAF.



FORMULAIRE DE DEMANDE DE DISPENSE D'AFFILIATION

Régime Frais De Santé des salariés relevant de la Convention collective nationale de la Pharmacie d'officine



Pour bénéficier d'une dispense d'affiliation au contrat Frais de Santé des salariés relevant de la Convention collective nationale de la Pharmacie d'officine, vous devez compléter ce formulaire et le remettre accompagné, le cas échéant, des justificatifs à votre employeur

À compléter par le salarié

Informations relatives à l'entreprise

Nom :

Adresse :

Informations relatives aux salariés

Nom (nom usuel et/ou nom de naissance) :

Prénom(s) :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Date de naissance :

N° de Sécurité sociale :

Je demande à bénéficier d'une dispense d'affiliation au contrat frais de santé des salariés relevant de la Convention collective nationale de la Pharmacie d'officine, collectif et obligatoire et déclare me trouver dans l'une des situations suivantes :

1. Dispenses de droit

Salarié(e) couvert par une assurance individuelle frais de santé jusqu'au : |_|_| |_|_|
|_|_|_|_|

Salarié(e) bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) ;

AVERTISSEMENT

Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative :

Il appartient à l'entreprise, seule compétente en la matière, de recueillir les informations et conseils nécessaires à l'adaptation de ce document. L'employeur a l'obligation d'informer le salarié des conséquences de son choix et doit conserver le formulaire de demande dispense ainsi que les justificatifs en cas de contrôle URSSAF.

- Salarié(e) bénéficiaire, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective frais de santé servie au titre d'un autre emploi, relevant de l'un des dispositifs de prévoyance complémentaire suivants fixés par l'article D.911-2 2° du Code de la Sécurité sociale :
 - dispositif de prévoyance complémentaire collectif obligatoire, (remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale) ;
 - régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle (en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale) ;
 - régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières, (CAMIEG, en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946) ;
 - régime de prévoyance de la Fonction publique d'Etat issu du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 ;
 - régime de prévoyance de la Fonction publique territoriale issu du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
 - contrat d'assurance de groupe « Madelin » issu de la loi n° 94-126 du 11 février 1994.

- Salarié(e) en CDD ou contrat de mission bénéficiant d'une couverture frais de santé collective dont la durée est inférieure à 3 mois et déjà couvert par une complémentaire santé respectant les exigences du contrat responsable.

Au titre de cette dernière dispense, je demande le bénéfice du versement santé et atteste ne pas déjà bénéficier pour ce contrat des aides suivantes :

- Complémentaire Santé Solidaire (C2S) ;
- contribution d'un autre employeur au financement d'une complémentaire santé collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit ;
- participation d'un employeur public au financement de la complémentaire santé des agents de la fonction publique d'Etat ou des agents de la fonction publique territoriale.

Je joins à ma demande tout document justifiant que je bénéficie d'une couverture complémentaire portant sur la période concernée et respectant les exigences des contrats responsables (article L.871-1 du code de la sécurité sociale).

2. Dispenses prévues par la Convention collective nationale de la Pharmacie d'officine

- Salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

Je reconnais avoir été préalablement informé(e) par mon employeur des conséquences de mon choix. En renonçant à l'affiliation au contrat frais de santé des salariés relevant de la Pharmacie d'officine je renonce à tout remboursement au titre dudit contrat en cas de maladie ou d'accident. Je renonce également à la part patronale des cotisations, au bénéfice de la portabilité des droits en cas de chômage indemnisé, au bénéfice des garanties au titre de l'article 4 de la loi Evin n°89-1009 et au bénéfice éventuel des prestations servies au titre du fonds d'action sociale.

J'atteste de l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler à mon employeur toute modification de ma situation professionnelle ou familiale ayant une incidence sur

AVERTISSEMENT

Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative :

Il appartient à l'entreprise, seule compétente en la matière, de recueillir les informations et conseils nécessaires à l'adaptation de ce document. L'employeur a l'obligation d'informer le salarié des conséquences de son choix et doit conserver le formulaire de demande dispense ainsi que les justificatifs en cas de contrôle URSSAF.

mes droits à bénéficier d'une dispense pour lui permettre de m'affilier à la complémentaire santé collective obligatoire de mon entreprise.

Je joins à ce formulaire les justificatifs me permettant le bénéfice de la dispense d'affiliation demandée.

Fait à :, le

Signature du salarié :

AVERTISSEMENT

Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative :

Il appartient à l'entreprise, seule compétente en la matière, de recueillir les informations et conseils nécessaires à l'adaptation de ce document. L'employeur a l'obligation d'informer le salarié des conséquences de son choix et doit conserver le formulaire de demande dispense ainsi que les justificatifs en cas de contrôle URSSAF.

Récapitulatif des cas de dispenses d'affiliation admis en frais de santé par les textes en vigueur (article 11 de la loi Evin du 31 décembre 1989, articles L.911-7 et D.911-2 du code de la sécurité sociale) et la Convention collective nationale de la Pharmacie d'officine



Ne peuvent être invoqués que les cas de dispense d'affiliation d'ordre public et les cas de dispense prévus dans l'acte juridique mettant en place le régime de frais de santé.

Ils devront systématiquement faire l'objet d'une demande écrite du salarié.

La demande de dispense n'a pas à être formulée annuellement, elle est valable jusqu'à ce que la situation du salarié ait changé.

À tout moment, le salarié peut revenir sur sa décision et solliciter auprès de l'employeur, par écrit, son affiliation ou celle de son (ses) ayant(s) droit à la garantie frais de santé des salariés relevant de la Convention collective nationale Pharmacie d'officine.

En tout état de cause, les salariés devront s'affilier et cotiser au contrat frais des salariés relevant de la Convention collective nationale de la Pharmacie d'officine dès qu'ils informeront leur employeur de tout changement de situation ayant un impact sur leur dispense d'affiliation.

CAS DE DISPENSE	JUSTIFICATIFS	MOMENT POUR FORMULER LA DEMANDE
Salarié(e) couvert par une assurance individuelle frais de santé	Oui, référence du contrat, nom de l'organisme assureur et date d'échéance du contrat	- Au moment de l'embauche ; - A la date de mise en place des garanties ; - A la date à laquelle la C2S ou l'une d'une couverture du 4 ^e cas de dispense d'affiliation prend effet.
Salarié(e) bénéficiaire de la C2S	Oui, référence du contrat, nom de l'organisme et prévenir l'employeur de la date à laquelle on ne bénéficie plus de la C2S	
Salariés bénéficiant y compris en tant qu'ayants droit d'une couverture collective relevant d'un dispositif de frais de santé complémentaire conforme à un de ceux fixés par l'article D.911-2 2° du CSS	Oui, référence du contrat et nom de l'organisme assureur	

AVERTISSEMENT

Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative :

Il appartient à l'entreprise, seule compétente en la matière, de recueillir les informations et conseils nécessaires à l'adaptation de ce document. L'employeur a l'obligation d'informer le salarié des conséquences de son choix et doit conserver le formulaire de demande dispense ainsi que les justificatifs en cas de contrôle URSSAF.

Salarié(e) en CDD ou contrat de mission bénéficiant d'une couverture frais de santé collective dont la durée est inférieure à 3 mois	Oui, référence du contrat, nom de l'organisme assureur et justificatif d'une couverture complémentaire frais de santé répondant aux exigences des contrats responsables pour bénéficiaire du versement santé	
Salariés à temps partiel ou apprentis dont l'affiliation au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute	Non	À tout moment



Le BOSS (§920) précise que la demande de dispenses d'affiliation du salarié ou de son (ses) ayant(s) droit peut être effectuée sous la forme d'une simple déclaration sur l'honneur qui doit comporter plusieurs informations :

- dans quel cadre la demande de dispense d'affiliation est formulée ;
- la dénomination de l'organisme assureur ;
- le cas échéant le date d'échéance du contrat (pour un contrat individuel) ou date de fin de droits (pour la Complémentaire Santé Solidaire, C2S) ;
- à quelle(s) garantie(s) le salarié ou l' (les) ayant(s) droit renonce(nt) ;
- avoir été informé par l'employeur des conséquences de son choix.

La dispense doit être conservée par l'employeur pour justifier, en cas de contrôle URSSAF, la non-adhésion de certains salariés au régime de prévoyance.