

Formulaire de renonciation

Nom : Prénom :

N° de Sécurité sociale :

Je me trouve dans l'une des situations suivantes et je renonce au régime santé collectif obligatoire INTÉRIMAIRES SANTÉ.
Ce formulaire vaut attestation sur l'honneur.

Pour valider votre demande de dispense, merci de cocher la case qui correspond à votre situation et de joindre le(s) justificatif(s) demandé(s) à votre demande.

 MA SITUATION	 JUSTIFICATIF(S) À FOURNIR	JE COMPLÈTE OU JE COCHE LA SITUATION QUI ME CORRESPOND
Je bénéficie déjà, à la date de mon embauche, d'une couverture individuelle frais de santé . <i>Ce motif n'est valable qu'une seule fois. Votre dispense pour ce motif n'est pas renouvelable dans un même contrat de mission.</i>	Attestation d'assurance récente mentionnant la date de souscription et la date d'échéance de ma couverture santé	date de souscription : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> date d'échéance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Je bénéficie d'une couverture collective : Cas 1 : Au titre d'un autre emploi Cas 2 : En tant qu'ayant droit	Cas 1 : Attestation datée de moins de 2 mois mentionnant le régime collectif et obligatoire Cas 2 : Attestation datée de moins de 2 mois précisant mon nom, prénom, date de la prise d'effet	<input type="checkbox"/>
Je bénéficie de la Complémentaire santé solidaire (CSS)	Copie de l'attestation de droits à la Complémentaire santé solidaire mentionnant la date de début et la date de fin des droits	<input type="checkbox"/>
Je suis en contrat de professionnalisation ou apprenti(e) bénéficiaire d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois et je suis déjà couvert(e) par une assurance santé individuelle responsable	Copie de mon contrat de professionnalisation (cerfa n°12424*02) et attestation d'adhésion au contrat de complémentaire santé individuelle souscrit par ailleurs OU Copie de mon contrat d'apprentissage (cerfa n°10103*05) et attestation d'adhésion au contrat de complémentaire santé individuelle souscrit par ailleurs	<input type="checkbox"/>
Je suis en contrat de professionnalisation ou apprenti(e) bénéficiaire d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois	Copie de mon contrat de professionnalisation (cerfa n°12424*02) OU Copie de mon contrat d'apprentissage (cerfa n°10103*05)	<input type="checkbox"/>
Je bénéficie déjà du régime local d'Alsace-Moselle	Attestation de la Sécurité sociale mentionnant le régime local Alsace-Moselle	<input type="checkbox"/>
Je suis inscrit au régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG)	Attestation de couverture de la CAMIEG	<input type="checkbox"/>
Je suis inscrit au régime de protection sociale des agents de la fonction publique d'Etat ou de la fonction publique territoriale	Attestation de couverture de la fonction publique	<input type="checkbox"/>
Je suis inscrit au régime d'assurance de groupe dit « Madelin » destiné aux travailleurs indépendants	Attestation de couverture dite « Madelin »	<input type="checkbox"/>



Document à retourner à :

INTÉRIMAIRES SANTÉ Département affiliations
43 rond-point de l'Europe
51430 BEZANNES

SIGNATURE

Date :