

COUPON REPONSE RELATIF A LA DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR DU REGIME COMPLEMENTAIRE FRAIS MEDICAUX
--

Je soussigné

- Déclare avoir reçu de mon employeur le document intitulé « Régime complémentaire Frais Médicaux mis en place par Décision Unilatérale de l'employeur (DUE) »
- Reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information Frais Médicaux conforme aux dispositions de l'article L141-4 du Code des Assurances.

Et Refuse mon adhésion au régime complémentaire Frais Médicaux, au titre de la disposition suivante :

- En qualité de salarié présent aux effectifs avant la mise en place du présent régime par Décision unilatérale de l'employeur,
- En qualité de salarié bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire. Je m'engage à justifier auprès de mon employeur du bénéfice de ce dispositif,
- En qualité de salarié ou apprenti bénéficiant d'un contrat à durée déterminée inférieur à 12 mois.
- En qualité de salarié ou apprenti bénéficiant d'un contrat à durée déterminée supérieur ou égal à 12 mois. Je m'engage à justifier auprès de mon employeur de l'existence d'une couverture Frais Médicaux souscrite par ailleurs.
- En qualité de salarié à temps partiel, ou d'apprenti, dont la cotisation salariale pour le financement du régime représente une somme supérieure ou égale à 10% de ma rémunération brute.
- En qualité de salarié bénéficiant d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Je m'engage à justifier auprès de mon employeur du bénéfice de l'aide ainsi que de la souscription d'un contrat individuel financé par cette aide. J'ai noté que ma dispense d'adhésion prendra fin à la prochaine échéance de mon contrat individuel, date à laquelle je serai inscrit au bénéfice du présent régime collectif Frais Médicaux,
- En qualité de salarié titulaire d'un contrat Frais Médicaux souscrit à titre individuel en cours. Je m'engage à justifier auprès de mon employeur de l'existence d'un contrat individuel. J'ai noté que ma dispense d'affiliation prendra fin à la prochaine échéance dudit contrat individuel, date à laquelle je serai inscrit au bénéfice du présent régime collectif Frais Médicaux,
- En qualité de salarié bénéficiant déjà d'une couverture collective frais médicaux telle que définie par l'arrêté du 26 mars 2012. Je m'engage à justifier de cette couverture auprès de mon employeur chaque année. *Cocher la ou les case(s) correspondant à votre choix

Fait àLeSignature du salarié