**Demande de dispense d’affiliation**

Décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat

La demande doit être complétée par l’agent et adressée à son gestionnaire RH avant le 13 juin 2025.

**AGENT**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de naissance |  |
| Nom d’usage |  |
| Prénom |  |
| Matricule |  |
| Direction  |  |
| Service d’affectation |  |

**DEMANDE DE DISPENSE**

Je demande à bénéficier d’une dispense d’affiliation au contrat collectif obligatoire protection sociale complémentaire santé de mon employeur, à compter du :

   /    / 20

Conformément à l’article 3 du décret 2022-633 du 22 avril 2022 relatif aux motifs de dispense d’affiliation, je certifie sur l’honneur remplir les conditions relatives à la situation suivante [cocher la case correspondante] :

[ ]  **1° - je bénéficie de la complémentaire santé solidaire (C2S – ex CMU-C)**

Je m’engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesse de bénéficier de cette couverture.

*Justificatif à joindre à la demande*

*Attestation de la C2S couvrant l'agent en qualité de titulaire de la complémentaire santé solidaire. L’attestation doit faire apparaître les dates de validité.*

[ ]  **2° - je dispose déjà d’un contrat individuel pour la couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident :**

**- à la date d'entrée en vigueur du contrat collectif obligatoire santé souscrit par mon employeur (1er octobre 2025) ou**

**- à la date de ma prise de fonction.**

Je bénéficie de cette dispense jusqu’à la date anniversaire de mon contrat individuel, fixée au    /    / 20   , dans la limite de 12 mois suivant la date de prise de fonction ou la date d’entrée en vigueur du contrat collectif obligatoire souscrit par mon employeur.

*Justificatif à joindre à la demande*

*Attestation de la complémentaire santé couvrant l'agent en qualité de titulaire du contrat de complémentaire santé. L’attestation doit faire apparaître :*

*-les dates de validité,*

*-que le contrat couvre des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident.*

[ ]  **3° - je suis en contrat à durée déterminée et bénéficie déjà d'une couverture individuelle des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident**

Je m’engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesse de bénéficier de cette couverture.

*Justificatif à joindre à la demande*

*Attestation de la complémentaire santé couvrant l'agent en qualité de titulaire du contrat de complémentaire santé. L’attestation doit faire apparaître :*

*-les dates de validité,*

*-que le contrat couvre des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident.*

[ ]  **4° - Je suis couvert, pour les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, y compris en tant qu'ayant droit :**

[ ]  **par une complémentaire santé d'entreprise ;**

[ ]  **par le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;**

[ ]  **par une complémentaire santé collective obligatoire de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière ;**

Je m’engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesse de bénéficier de cette couverture.

*Justificatif à joindre à la demande*

*-Attestation de la complémentaire santé, ou du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières couvrant l'agent en qualité de titulaire ou d'ayant-droit.*

*L’attestation doit préciser :*

*-les dates de validité,*

*-que le contrat couvre des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident.*

*-Pour les agents contractuels à temps incomplets bénéficiant déjà d’une couverture issue du contrat collectif obligatoire d’un autre employeur public, en qualité d’employeur principal, il convient de joindre également une attestation employeur précisant la période d’emploi ainsi que la quotité de temps de travail.*

Je m’engage à joindre à ma demande les justificatifs demandées par mon employeur.

**INFORMATION DE L’AGENT**

En cas de validation de ma demande par mon employeur, je renonce, pour la période dispensée :

* au régime de couverture santé obligatoire de mon employeur ;
* à la part patronale des cotisations du contrat collectif obligatoire santé de mon employeur ;
* au bénéficie de la portabilité de mes droits en cas de chômage indemnisé.

En outre, je comprends qu’à la date d’entrée en vigueur du contrat collectif obligatoire de protection sociale complémentaire santé souscrit par mon employeur, le dispositif de remboursement forfaitaire des cotisations de protection sociale complémentaire en santé (forfait de 15€) s’arrête et je ne pourrais donc pas en bénéficier pendant la dispense.

Enfin, je suis informé que je peux à tout moment revenir sur ma décision et adhérer au contrat collectif, sans qu’aucune majoration de cotisation ne me soit appliquée.

Fait à , le    /    / 20

Signature de l’agent