



**FORMULAIRE DE DEMANDE DE DISPENSE
D'ADHESION DU SALARIE AU REGIME DE FRAIS
DE SANTE A ADHESION OBLIGATOIRE
OBLIGATION DE RENOUVELLEMENT ANNUELLE**



90180401

**Déclaration à renvoyer, complétée et signée via votre Espace EasyRH/créer votre demande avec vos doc. en pièce jointe
Ce document peut être complété directement sur votre poste de travail ou imprimé.
A défaut à retourner par courrier à Centre service Administration du Personnel et Paie – Immeuble Loire – B.C. 207- 50 – Villejuif**

Code Société	Code Matricule
Matricule	
<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="9"/>	<input type="text" value="0"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nom : <input type="text"/>	
Prénom : <input type="text"/>	

Je reconnais avoir été informé(e) au préalable, de l'existence d'un régime complémentaire de frais de santé à adhésion obligatoire applicable au sein de LCL.

Par la présente, je déclare être personnellement :

DISPENSE NECESSITANT UN RENOUVELLEMENT ANNUEL

Cochez à gauche et renseignez l'encadré correspondant

Justificatifs à fournir

Vous bénéficiez en tant qu'ayant droit (de votre conjoint ou assimilé) ou dans le cadre d'un autre emploi (salarié(e) multi-employeurs) d'une des couvertures suivantes :

- ☐ Complémentaire santé collective obligatoire d'entreprise (conforme à l'article L 242-1-II 4° CSS) prévoyant une adhésion obligatoire ou facultative des ayants droit
- ☐ Régime local d'assurance maladie des Haut-Rhin, Bas-Rhin et Moselle
- ☐ Régime Complémentaire d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières (CAMIEG)
- ☐ Complémentaire santé de la Fonction publique d'Etat (décret n°2007-1373 du 19/09/2007) ou de la Fonction publique territoriale (décret n°2011-1474 du 8/11/2011)
- ☐ Contrat d'assurance de groupe des Travailleurs Non-Salariés (Loi n°94-126 du 11/02/1994).

Vous êtes titulaire d'un CDD ou d'un contrat d'apprentissage d'une durée égale ou supérieure à 12 mois

du / / au / / ,
et avez souscrit à une couverture santé individuelle avant l'embauche.

Ce dispositif a pris effet le / /
Référence du contrat souscrit par ailleurs (nom de l'organisme assureur et référence du contrat) :

Vous êtes bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) (ex-CMUC et ACS) prévue à l'article L861-3 CSS

Ce dispositif a pris effet le / /

Référence du contrat souscrit par ailleurs (nom de l'organisme assureur et référence du contrat) :

La demande doit être formulée :

- dans les 2 mois qui suivent l'embauche et sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime;
- ou si elle est postérieure, dans les 2 mois qui suivent la prise d'effet de la couverture dont le salarié bénéficie par ailleurs au titre d'un autre emploi ou en tant qu'ayant droit.

Vous devez faire compléter l'attestation fournie en page 3 du présent document par :

- l'employeur pour la couverture collective obligatoire d'entreprise prévoyant une adhésion obligatoire ou facultative des ayants droit dans le 1er cas
- et/ou par l'assureur dans les autres cas de dispense.

et justifier chaque année de cette couverture.

La demande doit être formulée dans les 2 mois de l'embauche ou du renouvellement du CDD, si la durée totale des CDD successifs est supérieure à 12 mois, et sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime. Vous devez justifier d'avoir souscrit une couverture santé individuelle (document de l'organisme attestant de la couverture) et renouveler la demande de dispense chaque année.

La demande doit être formulée :

- dans les 2 mois qui suivent l'embauche et sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime ;
- ou si elle est postérieure, dans les 2 mois à compter de la date à laquelle prend effet la C2S.

Vous devez justifier chaque année de l'aide et de la couverture (en nous fournissant justificatif de l'aide, document de l'organisme attestant de la couverture).

La dispense d'adhésion est effective tant que dure l'aide.

DISPENSE NE NECESSITANT PAS DE RENOUVELLEMENT ANNUEL

Cochez à gauche et renseignez l'encadré correspondant

Modalité de la demande et documents à fournir

☐

Vous êtes salarié(e) titulaire d'un CDD ou apprenti(e)
d'une durée inférieure à 12 mois :

du / /

au / /

La demande doit être formulée dans les 2 mois suivant :

- l'embauche
- ou la signature d'un nouveau CDD si l'ancienneté LCL totale reste inférieure à 12 mois.

Sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime.

Vous devez renouveler la dispense en cas de signature d'un nouveau CDD.

La demande doit être formulée dans les 2 mois suivant :

- l'embauche
- ou le passage à temps partiel.

Sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime.

☐

Vous êtes salarié(e) à temps partiel ou apprenti(e) dont l'adhésion au système de garanties vous conduirait à vous acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de votre rémunération brute.

Vous êtes salarié(e) couvert par une assurance individuelle frais de santé au moment de votre embauche.

☐

Date prochaine échéance du contrat : / /

Date de préavis de résiliation (si antérieure à date d'embauche): / /

Vous êtes salarié(e) titulaire d'un CDD d'une durée inférieure à 3 mois du : / /

au : / /

☐

demandant à bénéficier du chèque santé.

Date d'effet et de fin du contrat santé responsable souscrit par ailleurs du : / /

au : / /

La demande est effective **jusqu'à l'échéance du contrat individuel.**

La demande doit être formulée dans les 2 mois qui suivent l'embauche, sous réserve de ne pas avoir bénéficié de prestations de la part du régime.

Vous devez justifier avoir souscrit un contrat santé **responsable** hors :

- Couverture C2S (ex CMUC et ACS)
- Couverture obligatoire y compris en tant qu'ayant droit
- Couverture financée par une collectivité publique.

Je m'engage à fournir chaque année le justificatif de ma propre prise en charge par la couverture santé indiquée ci-dessus.

J'ai bien noté qu'en l'absence de transmission de justificatif de dispense **avant le 7 mars 2026**, je serai **automatiquement adhérent** à compter du 1er mars au régime complémentaire santé obligatoire de LCL, et serai tenu au paiement **des cotisations correspondantes**.

Je reconnais avoir été informé(e) des conséquences de la renonciation au bénéfice du régime complémentaire de frais de santé à adhésion obligatoire en vigueur au sein de LCL. En renonçant à l'adhésion à ce régime, je renonce à tout remboursement au titre dudit régime. Je renonce également au bénéfice de la portabilité dudit régime en cas de rupture de mon contrat de travail donnant lieu à indemnisation chômage et au bénéfice du maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi n°89-1009 dite Loi Evin.

Je m'engage le cas échéant à restituer ma carte de tiers-payant et à rembourser les éventuelles dépenses de frais de santé qui auraient été prises en charge par le régime santé au-delà de la date effective de la présente demande de dispense.

SIGNATURE :

J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à informer mon employeur de toute évolution de ma couverture de frais de santé, notamment si je cesse de bénéficier du dispositif que j'ai coché.

Fait à :

le :

Signature :

A retourner, complétée et signée via votre Espace EasyRH/créer votre demande avec vos documents en pièce jointe



**ATTESTATION DE DISPENSE D'ADHESION
AU REGIME DE FRAIS DE SANTE
DE FRAIS DE SANTE A ADHESION
OBLIGATOIRE**



90180401

**Déclaration à renvoyer, complétée et signée via votre Espace EasyRH/créer votre demande avec vos doc. en pièce jointe
Ce document peut être complété directement sur votre poste de travail ou imprimé.**

A défaut à retourner par courrier à Centre service Administration du Personnel et Paie – Immeuble Loire – B.C. 207- 50 – Villejuif

IDENTIFICATION DU SALARIE :

Code Société	Code Matricule
Matricule	
0 3 9	0
Nom :	
Prénom :	

DECLARATION :

ATTESTATION DE COUVERTURE (A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR)

(Dispense du salarié)

Je soussigné

☐

Monsieur

☐

Madame

Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone :

agissant en qualité de :

certifie que :

M. /Mme , salarié(e) de notre entreprise/assuré(e) par notre société d'assurance

Son (sa) conjoint(e)

sont couverts par (cochez la case correspondante) :

☐

Complémentaire santé collective obligatoire d'entreprise conforme à l'article L242-1 II 4° CSS prévoyant une adhésion obligatoire ou facultative des ayants droit

☒ Date de prise d'effet de la Complémentaire Santé collective obligatoire :

/ /

☐ Date d'embauche du collaborateur :

/ /

☐

Régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle (Haut-Rhin, Bas-Rhin et Moselle)

☐

Régime complémentaire santé de la Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières

☐

Complémentaire santé de la Fonction publique d'Etat (décret n°2007-1373 du 19/09/2007) ou Fonction publique territoriale (décret n°2011-1474 du 8/11/2011)

☐

Contrat d'assurance de groupe des Travailleurs Non-Salariés (Loi n°94-126 du 11/02/1994).

A

le

Signature :

Cachet de l'entreprise :

(1 exemplaire à envoyer IMPERATIVEMENT au CSAPP, 1 à conserver par vos soins)