

## **RENONCIATION D'AFFILIATION À TITRE PERSONNEL AU RÉGIME COUVERTURE DES FRAIS DE SANTÉ**

Institué par le contrat collectif obligatoire souscrit par la Sacem

Je, soussigné(e), .....

- titulaire d'un contrat de travail à durée déterminée d'une durée inférieure à 3 mois,
- titulaire d'un contrat de travail à durée déterminée d'une durée au moins égale à 3 mois et bénéficiant d'une couverture avec le même type de garanties dans le cadre d'un contrat responsable souscrit par ailleurs individuellement ou en tant qu'ayant droit\*,
- bénéficiaire d'une couverture complémentaire dans le cadre de la CMU\* ou de l'ACS\*,
- bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire dans le cadre d'un autre emploi\*,
- bénéficiant au jour de la mise en place du régime Sacem (1<sup>er</sup> janvier 2008), et toujours pour l'année civile en cours, d'un régime de couverture complémentaire à titre obligatoire par mon conjoint\*,
- bénéficiant en tant qu'ayant droit d'un dispositif collectif et obligatoire à titre familial pour les mêmes risques et respectant les conditions du contrat responsable\*,
- déjà affilié(e) en qualité d'ayant droit de M..... (également salarié(e) de la Sacem et cotisant au présent régime en catégorie famille), la présente vaut confirmation qu'aucun changement n'est intervenu dans notre situation familiale ou matrimoniale,

reconnais avoir reçu une proposition d'affiliation à titre personnel au régime de couverture des frais de santé institué par le contrat collectif obligatoire souscrit par la Sacem, ainsi que la notice d'information correspondante.

Je déclare, en pleine connaissance de cause, avoir été préalablement informé par la DRH de la Sacem des conséquences de mon choix, ne pas vouloir être affilié à titre personnel et y renoncer pour l'année civile en cours. Je renouvellerai le cas échéant cette demande de dispense pour l'année civile suivante.

Fait à : ..... le : ..... signature :

\* joindre les justificatifs correspondants