

NOTIFICATION DE REFUS DE LA MUTUELLE OBLIGATOIRE

Je soussigné(e) _____

Atteste par la présente, refuser l'adhésion à la mutuelle obligatoire proposée par mon employeur et déclare avoir été informé(e) des conséquences de mon choix.

Selon la Déclaration Unilatérale instituant le régime complémentaire frais de santé collectif et obligatoire qui m'a été transmise :

Je suis bénéficiaire par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective obligatoire relevant de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire suivant :

- un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale (couverture collective obligatoire souscrite par l'employeur) ;
- le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du Code de la Sécurité sociale (Alsace/Moselle) ;
- le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 (IEG) ;
- Les mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- les contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (Madelin) ;
- le régime spécial de Sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- la caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Je suis bénéficiaire d'une couverture santé individuelle jusqu'à l'échéance du contrat individuel soit jusqu'au ___/___/___ (date de renouvellement annuel du contrat)

Je suis bénéficiaire :

- d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la Sécurité sociale (**CMU-C**),
- de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du Code de la Sécurité sociale (**ACS**), jusqu'au terme de l'attribution de ces aides.

Je suis bénéficiaire sous contrat de travail à durée déterminée ou contrat de mission et les apprentis :

- sans justificatif, s'ils bénéficient d'un contrat de travail d'une durée inférieure à 12 mois,
- sous réserve de la justification d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties s'ils bénéficient d'un contrat de travail d'une durée au moins égale à 12 mois.

Fait pour servir et valoir ce que de droit

A _____, Le _____

Signature