

FORMULAIRE DE RENONCIATION

Nom : Prénom :

N° de Sécurité sociale :

Je me trouve dans l'une des situations suivantes et je renonce au régime santé collectif obligatoire INTÉRIMAIRES SANTÉ. Ce formulaire vaut attestation sur l'honneur.

Cochez la case qui correspond à votre situation et joignez le justificatif demandé à votre courrier.

- Je bénéficie déjà, à la date de mon embauche, d'une couverture individuelle frais de santé**
Justificatif : Attestation d'assurance mentionnant la date de souscription et la date d'échéance de ma couverture santé
Date de souscription : Date d'échéance :
- Je bénéficie d'une couverture collective obligatoire**
Justificatif : Attestation mentionnant que le régime collectif est obligatoire tant pour le salarié que pour ses ayants droit
- Je bénéficie de l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)**
Justificatif(s) : Copie de l'attestation de tiers payant intégral
OU
Copie de l'attestation « aide pour une complémentaire santé » et une attestation d'assurance
- Je suis en contrat de professionnalisation ou apprenti(e) bénéficiaire d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois et je suis déjà couvert(e) par une assurance santé individuelle responsable**
*Justificatif(s) : Copie de mon contrat de professionnalisation (cerfa n°12424*02) et attestation d'adhésion au contrat de complémentaire santé individuelle souscrit par ailleurs*
OU
*Copie de mon contrat d'apprentissage (cerfa n°10103*05) et attestation d'adhésion au contrat de complémentaire santé individuelle souscrit par ailleurs*
- Je suis en contrat de professionnalisation ou apprenti(e) bénéficiaire d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois**
*Justificatif : Copie de mon contrat de professionnalisation (cerfa n°12424*02)*
OU
*Copie de mon contrat d'apprentissage (cerfa n°10103*05)*
- Je bénéficie de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)**
Justificatif : Copie de l'attestation de droits à la CMU complémentaire
- Je suis inscrit au régime local d'Alsace Moselle**
Justificatif : Attestation de la Sécurité sociale mentionnant le régime local Alsace-Moselle
- Je suis inscrit au régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG)**
Justificatif : Attestation de couverture de la CAMIEG
- Je suis inscrit au régime de protection sociale des agents de la fonction publique d'Etat ou de la fonction publique territoriale**
Justificatif : Attestation de couverture de la fonction publique
- Je suis inscrit au régime d'assurance de groupe dit « Madelin » destiné aux travailleurs indépendants**
Justificatif : Attestation de couverture dite « Madelin »



Document à retourner à :

INTÉRIMAIRES SANTÉ Département affiliations
43 rond-point de l'Europe
51430 BEZANNES

SIGNATURE

Date :