

## 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°12434\*02) et attestation d'adhésion au contrat de complémentaire santé individuelle souscrit par ailleurs*  
OU  
*Copie de mon contrat d'apprentissage (cerfa n°10103\*06) 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°12434\*02)*  
OU  
*Copie de mon contrat d'apprentissage (cerfa n°10103\*06)*
- 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 avec la mention « labellisé » ou « référencé »*
- 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 : .....