

Formulaire à retourner à votre gestionnaire du contrat de travail ou CSP RH, lequel se chargera de le transmettre à MUTIEG A ASSO.

Salariés statutaires

Formulaire de demande de dispense d'affiliation à la Couverture Supplémentaire Maladie (CSM), au choix du salarié statutaire, pour ses ayants droit couverts par ailleurs au titre de l'article D.911-3 du Code de la Sécurité sociale

Compléter un imprimé par ayant droit

Je soussigné(e)..... demande à dispenser mon ayant droit..... de la Couverture Supplémentaire Maladie (CSM).

Je déclare que mon ayant droit est en effet dans la situation suivante (*cocher la case correspondante*) :

- Il exerce une activité professionnelle et bénéficie à ce titre de sa propre couverture complémentaire santé obligatoire,**
- Il est déjà couvert, au titre d'une couverture famille obligatoire, par la complémentaire santé de son père / sa mère (*razer la mention inutile*).**

Les références de la complémentaire santé dont bénéficie mon ayant droit sont les suivantes :

Nom de l'organisme assureur :
Numéro du contrat :

Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle mon ayant droit cessera, le cas échéant, de bénéficier de la complémentaire santé indiquée ci-dessus.

Je renonce, pour toute la période pendant laquelle la présente demande de dispense restera valable, à faire bénéficier mon ayant droit de la CSM.

Fait à le

Signature :