

DEMANDE DE DISPENSE

Décret n°2022-633 du 22 avril 2022 et Article L.911-7 du Code de la sécurité sociale

Je soussigné(e) : (NOM/prénom)

DIRECTION / SERVICE :

demande à être dispensé(e) de l'affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire de protection sociale en santé du ministère de l'éducation nationale à partir du / / 2025

Je certifie sur l'honneur me trouver jusqu'à la date du / /2025 dans la situation suivante : (cocher la case concernée)

Type de motifs de dispense
<input type="checkbox"/> Couvert par la Complémentaire Santé Solidaire (C2S). Dispense totale, sans durée limite.
<input type="checkbox"/> Couvert par un contrat individuel <i>Ce motif de dispense n'est valable que :</i> - à la mise en place du contrat collectif et jusqu'à la date anniversaire de mon contrat d'assurance santé complémentaire en cours ; - pour une durée de 12 mois après la prise de fonction. - Une mutuelle individuelle (moins chère ou plus avantageuse). Dispense possible jusqu'à la date d'échéance du contrat (max. 12 mois).
<input type="checkbox"/> Avoir conclu un contrat à durée déterminée (CDD) et bénéficier d'une couverture individuelle des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident <input type="checkbox"/> CDD ou stagiaire non rémunéré(e) et déjà affilié(e) à une autre mutuelle. Dispense sur justificatif pendant la durée du contrat.
<input type="checkbox"/> Être couvert par une complémentaire santé y compris en tant qu'ayant droit : <input type="checkbox"/> d'un contrat d'entreprise collectif à adhésion obligatoire ou facultative <input type="checkbox"/> d'un contrat individuel souscrit en tant que bénéficiaire du versement santé <input type="checkbox"/> du régime d'assurance maladie des industries électriques et gazières <input type="checkbox"/> d'un contrat collectif de la fonction publique de l'Etat, territoriale ou hospitalière dès lors que les contrats collectifs sont mis en œuvre dans les trois fonctions publiques concernées <input type="checkbox"/> d'une couverture collective des militaires

En cas de validation de ma demande, je renonce ainsi, pour la période dispensée :

- à tout remboursement de frais de soins de santé au titre du régime collectif et obligatoire mis en place par mon employeur ainsi qu'à la participation de celui-ci au titre du financement de cette couverture ;

En outre, je comprends qu'à partir de la mise en place du contrat collectif du ministère de l'éducation nationale, le dispositif de remboursement forfaitaire de 15 € des cotisations de protection sociale complémentaire en santé prend fin.

Enfin, je suis informé(e) que je peux à tout moment revenir sur ma décision et adhérer au contrat collectif, sans qu'aucune majoration de cotisation ne me soit appliquée.

Si je souhaite bénéficier d'une dispense pour une nouvelle période, je devrais en faire la demande au moins trois mois avant la date de fin de ma dispense précédente. Si je ne sollicite pas de renouvellement de dispense, je serai affilié(e) automatiquement au contrat collectif du ministère de l'éducation nationale à la fin de ma période de dispense. En pièce jointe le document justificatif (attestation de mutuelle ou contrat en cours).

Fait à

Signature de l'agent :

Le / / 2025