

Attestation sur l'honneur

Demande de dispense d'affiliation

Dans le cadre du contrat collectif obligatoire mis en place par votre employeur, vous devenez affilié de celui-ci par défaut.

Dans les situations prévues à l'article 3 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022, vous pouvez demander une dispense d'affiliation à ce contrat. Pour cela, vous devez **compléter cette attestation et la joindre à votre parcours digital de demande de dispense**.

Demandeur de la dispense - à compléter par l'agent

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____
(facultatif)

Prénom : _____ Date de naissance : | | | | | | | |

Téléphone : | | | | | | | | E-mail : _____

Dates et motif de la dispense - à compléter par l'agent

Date d'effet de la dispense : | 0 | 1 | 0 5 | 2 0 2 6 |

→ Si vous n'avez jamais été affilié à ce contrat, cette date correspond :

- à la date de début du contrat collectif,
- ou à votre date d'embauche,
- ou à la date de renouvellement de votre dispense.

→ Si vous êtes déjà affilié, cette date correspond :

- à la date de la situation justifiant la dispense si elle date de moins d'un mois,
- ou au premier jour du mois suivant la demande.

Cochez la case correspondant à votre motif de dispense et complétez les informations demandées. Vous pouvez vous référer au tableau en page suivante pour connaître les conditions de dispense selon votre situation.

Veillez à renseigner une date de fin de dispense postérieure à la date d'effet du contrat (1^{er} mai 2026). Par exemple, si vos droits sont valides jusqu'au 31/12/2025 et que vous ne résiliez pas votre contrat, indiquez une date de fin de dispense au 31/12/2026.

- ☐ 1 - Couvert par un **contrat santé individuel** à la mise en place du contrat collectif par votre employeur ou à votre date d'embauche.
Date d'échéance annuelle du contrat : | | | | | | | |
- ☐ 2 - Bénéficiaire **en tant qu'assuré d'un contrat collectif santé obligatoire souscrit par un autre employeur du secteur privé ou public (fonction publique d'état, hospitalière ou territoriale)**.
Date de fin de couverture : | | | | | | | |
- ☐ 3 - Bénéficiaire **en tant qu'ayant droit, à titre facultatif ou obligatoire, d'un contrat collectif santé obligatoire souscrit par l'employeur (du secteur privé ou public) de votre conjoint ou de votre parent**.
Date de fin de couverture : | | | | | | | |
- ☐ 4 - En **CDD** et couvert par un contrat santé individuel. Date de fin de CDD : | | | | | | | |
- ☐ 5 - Bénéficiaire de la **Complémentaire Santé Solidaire (CSS)**. Date de fin de CSS : | | | | | | | |
- ☐ 6 - Couvert par le régime complémentaire d'Assurance maladie des industries électriques et gazières (**CAMIEG**).
Date de fin de couverture : | | | | | | | |
- ☐ 7 - Bénéficiaire en tant qu'ayant droit d'un contrat santé individuel financé avec un « **versement santé** » d'un employeur.
Date de fin de couverture : | | | | | | | |
- ☐ 8 - Couvert par un **contrat collectif santé pour les militaires**. Date de fin de couverture : | | | | | | | |

Vous attestez de l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Vous avez été préalablement informé des conséquences de la renonciation au bénéfice du régime collectif et obligatoire de frais de santé : en renonçant à l'affiliation au régime frais de santé, vous renoncez à tout remboursement au titre dudit régime si vous avez des frais de santé ou d'hospitalisation, et au versement des prestations du régime en cas de maladie ou d'accident pour les événements survenus à compter de la date de dispense d'affiliation santé. De fait, vous avez connaissance de la perte du bénéfice de la part patronale des cotisations « santé », du bénéfice de la portabilité des droits en cas de chômage indemnisé et du bénéfice du maintien des garanties selon les conditions prévues dans le contrat.

Fait à _____ Le | | | | | | | | Signature : _____

MGEN, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, sise 3, square Max Hymans 75748 Paris cedex 15. CNP Assurances, Société Anonyme à conseil d'administration au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré, Entreprise régie par le Code des assurances, RCS Nanterre n° 341 737 06, sise 4 Promenade Cœur de Ville - 92130 Issy-les-Moulineaux. MGEN et CNP Assurances sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09.

MGEN traite vos données pour la gestion de votre dossier. Pour exercer vos droits sur vos données ou contacter le DPO, vous pouvez envoyer un courrier postal à : MGEN - Centre de services de La Verrière - Protection des Données - CS 10601 La Verrière 6 bis avenue Joseph Rollo - 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex ou vous rendre sur le site : mgen.fr/mesdonnees/. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter votre Notice d'Information, et la Politique de Confidentialité disponible sur mgen.fr.



FR232343_01NWQV

Récapitulatif des motifs de dispense et leurs conditions

Motif de dispense	Conditions	Date de fin de dispense à renseigner	Motif renouvelable
1 - Couvert par un contrat santé individuel à la mise en place du contrat collectif par votre employeur ou à votre date d'embauche	Le demandeur doit être couvert par une couverture santé individuelle au moment de la mise en place du contrat collectif par son employeur, ou à sa date d'embauche si celle-ci est postérieure	Échéance annuelle du contrat individuel (31/12 ou date anniversaire), sans pouvoir dépasser 12 mois	Non
2 - Bénéficiaire couvert en tant qu'assuré par un contrat collectif santé obligatoire souscrit par un autre employeur du secteur privé ou public (fonction publique d'état, hospitalière ou territoriale)	Le demandeur doit être couvert par un contrat collectif à affiliation obligatoire, en qualité d'assuré principal	Date de fin de couverture, et si elle n'est pas connue, échéance annuelle du contrat	Oui, si les conditions sont remplies
3 - Bénéficiaire couvert en tant qu'ayant droit, à titre facultatif ou obligatoire, par un contrat collectif santé obligatoire souscrit par l'employeur (du secteur privé ou public) de votre conjoint ou de votre parent	Le demandeur doit être couvert par le contrat collectif de son conjoint ou de son parent. La couverture en tant qu'ayant droit peut être obligatoire ou facultative	Date de fin de couverture, et si elle n'est pas connue, échéance annuelle du contrat	Oui, si les conditions sont remplies
4 - En CDD et couvert par un contrat santé	Le demandeur doit être en Contrat à Durée Déterminée (CDD) et déjà couvert par une couverture santé individuelle	Date de fin du CDD	Non, sauf nouveau CDD
5 - Bénéficiaire de la CSS	Le demandeur peut demander une dispense s'il est bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)	Date de fin de CSS	Non, sauf renouvellement des droits CSS
6 - Couvert par le régime complémentaire d'Assurance Maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG)	Le demandeur doit être couvert par ce dispositif en tant qu'assuré ou ayant droit	Date de fin de couverture et si elle n'est pas connue, échéance annuelle du contrat	Oui, si les conditions sont remplies
7 - Bénéficiaire en tant qu'ayant droit d'un contrat santé individuel financé avec le « versement santé » d'un employeur	Le demandeur doit être couvert par ce dispositif en tant qu'ayant droit	Date de fin de couverture et si elle n'est pas connue, échéance annuelle du contrat	Oui, si les conditions sont remplies
8 - Couvert par une couverture collective pour les militaires	Le demandeur doit être couvert par ce dispositif en tant qu'assuré ou ayant droit	Date de fin de couverture et si elle n'est pas connue, échéance annuelle du contrat	Oui, si les conditions sont remplies

Votre dispense prendra fin à la date d'échéance décrite ci-dessus (au plus tard). Vous devrez alors vous affilier au contrat collectif, sauf si vous remplissez les conditions pour bénéficier d'une nouvelle dispense (pour le même motif si celui-ci est renouvelable ou pour un autre motif).

Vous pouvez à tout moment mettre fin à votre dispense et demander l'affiliation au contrat collectif. Dans ce cas, vous devez formuler la demande auprès de votre employeur.