

DEMANDE DE DISPENSE à la complémentaire Santé



Changement de situation (à demander dans le mois qui suit l'événement)

Contrat ORANGE|Santé

> PARTICIPANT

Nom

Nom de naissance

Prénom

N° de Sécurité sociale

Sexe F M Civilité M. Mme

Situation de famille

célibataire concubin(e) divorcé(e) marié(e) pacsé(e) séparé(e) veuf(ve)

Date de naissance

Salarié de l'entreprise

Rés, Bât, Appt.

N° Adresse

Code postal Ville

Téléphone

e-mail

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DÉCLARATION

1 - Écrivez en lettres capitales.
2 - Dated et signez votre déclaration.

3 - Transmettez le tout, dûment complété et signé par mail :
prevoyance@malakoffhumanis.com

Ou par courrier à :
Malakoff Humanis
CP 240

303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9

ou directement via le site
internet www.prevoyons.com /
ESPACE PERSONNEL

> CHOIX (cocher la case correspondante)

Suite à une modification de ma situation, qui a eu lieu le , (date de l'événement), je demande une dispense d'affiliation au régime collectif et obligatoire de remboursement de frais médicaux du groupe Orange, pour le motif suivant :

Je deviens bénéficiaire, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture complémentaire santé collective et obligatoire d'entreprise ou du régime de la CAMIEG, ou d'une Mutuelle des agents de l'état ou des collectivités territoriales, ou d'un contrat d'assurance groupe dit Madelin ou du régime local d'assurance maladie d'Alsace Moselle (*).

Je passe à temps partiel et l'adhésion au système de garanties de frais médicaux m'amènerait à acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de ma rémunération brute.

Je deviens bénéficiaire de l'ACS (*) (Aide à la Complémentaire Santé) ou la CMU-C (*) (Couverture Maladie Universelle Complémentaire).

(*) Je joins un justificatif mentionnant la date de changement de situation. En tout état de cause, un justificatif actualisé devra être transmis pour toute reconduction annuelle de dispense.

- Si ma demande est effectuée dans le mois qui suit l'événement, la dispense prend effet à la date d'événement précisé, soit le :

À noter que si des prestations ont été prises en charge par les assureurs, entre la date de l'événement et la date de la demande de la dispense, des remboursements de prestations me seront demandés.

- Si ma demande est effectuée plus d'un mois après l'événement, la dispense prendra effet le premier jour du mois suivant ma demande.

Une confirmation écrite de la date d'effet me sera envoyée par l'assureur.

La dispense prend fin dès que ma situation évolue ou dès que je ne produis plus le justificatif attendu. Si je ne remplis plus les conditions de dispense, je devrai en informer Malakoff Humanis qui avertira mon employeur. Je serai alors automatiquement affilié(e) au régime de remboursement de frais médicaux du Groupe Orange.

Je reconnais avoir été informé(e) des effets de la dispense. Elle permet de ne pas adhérer au régime frais de santé du Groupe et d'être exonéré(e) de la cotisation correspondante. La dispense entraîne également de fait, le renoncement au financement patronal au régime frais de santé, la perte de l'accès aux services connexes liés à la complémentaire santé (Assistance, plateforme de devis et accès au réseau de soins), ainsi que la perte du maintien des droits en cas de chômage indemnisé à l'issue du contrat et du maintien des garanties au titre de la loi Evin (art.4 de la loi 89-1009).

À le

Signature du salarié

Malakoff Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale - Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181.
CNP Assurances Protection Sociale - Société Anonyme à conseil d'administration au capital de 293.461.890 euros entièrement libéré - Entreprise régie par le Code des assurances
- Siège social : 1-11 rue Brillat-Savarin – 75013 Paris • 905 054 128 RCS PAR • Nos organismes sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution - 4
Place de Budapest - 75436 Paris cedex 09. • Toutes les informations collectées sont obligatoires pour votre organisme assureur, responsable de traitement, pour la passation, la
gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la
rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour
motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la
possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés
directement sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris
cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.