

La plupart d'entre vous n'ont pas besoin de la complémentaire santé obligatoire souscrite unilatéralement par **archéologies**.

Si c'est bien votre cas, vous devez toutefois nous renvoyer dûment remplie, signée et datée, celle des attestations suivantes qui correspond le mieux à votre situation, avec les pièces justificatives éventuellement mentionnées et votre contrat de travail signé.

NB. Si vous n'avez pas encore ces pièces justificatives, **envoyez nous sans attendre votre contrat et les attestations signées** en nous précisant que vous enverrez ces pièces dès que vous les aurez.

Pour ceux qui souhaitent bénéficier de la complémentaire santé,  
merci de nous retourner le bulletin d'affiliation.

**« Salarié bénéficiant déjà d'une couverture obligatoire  
chez un autre employeur»**

# ATTESTATION

Je soussigné(e) .....

Domicilié(e) .....

. Atteste avoir été informé(e) de la mise en place d'un régime de Frais de Santé à adhésion obligatoire pour les salariés de l'association.

. Atteste refuser en toute connaissance de cause le bénéfice du dit régime car je suis déjà couvert(e) par l'adhésion de mon époux(se) à un autre régime à adhésion obligatoire.

.Atteste que je devrais chaque année justifier de mon adhésion auprès du dit régime, et que je m'engage à adhérer ultérieurement à ce régime si mon époux(se) ne bénéficiait plus du sien.

J'ai été préalablement informé par mon employeur 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, je renonce à tout remboursement au titre dudit régime si j'ai des frais de santé ou d'hospitalisation, et au versement des prestations du régime en cas de maladie ou d'accident. Je renonce également à la part patronale des cotisations, au bénéfice de la portabilité des droits en cas de chômage indemnisé et au bénéfice du maintien des garanties au titre de l'Article 4 de la loi 89-1009 dite loi Evin.

Fait pour valoir et servir ce que de droit, le .....

Signature de la personne salariée

## Refus du « Salarié Employeurs Multiples »

# ATTESTATION

Je soussigné(e) .....

Domicilié(e) .....

.....  
. Atteste avoir été informé(e) de la mise en place d'un régime de Frais de Santé à adhésion obligatoire pour les salariés de l'association.

. Atteste refuser en toute connaissance de cause le bénéfice du dit régime, du fait de mon statut d'employeurs multiples bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire dans le cadre d'un autre emploi.

.Atteste que je dois fournir tous documents justifiants de cette couverture.

J'ai été préalablement informé par mon employeur 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, je renonce à tout remboursement au titre dudit régime si j'ai des frais de santé ou d'hospitalisation, et au versement des prestations du régime en cas de maladie ou d'accident. Je renonce également à la part patronale des cotisations, au bénéfice de la portabilité des droits en cas de chômage indemnisé et au bénéfice du maintien des garanties au titre de l'Article 4 de la loi 89-1009 dite loi Evin.

Fait pour valoir et servir ce que de droit, le .....

Signature de la personne salariée

**Refus du « Salarié en C.D.D. < à 12 mois ou saisonnier »**

# ATTESTATION

Je soussigné(e) .....

Domicilié(e) .....

. Atteste avoir été informé(e) de la mise en place d'un régime Frais de Santé à adhésion obligatoire pour les salariés de l'association.

. Atteste refuser en toute connaissance de cause le bénéfice du dit régime car mon contrat de travail est d'une durée déterminée inférieure à 12 mois.

J'ai bien noté que mon adhésion deviendrait obligatoire si mon contrat était transformé en contrat à durée indéterminée par la suite.

J'ai été préalablement informé par mon employeur 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, je renonce à tout remboursement au titre dudit régime si j'ai des frais de santé ou d'hospitalisation, et au versement des prestations du régime en cas de maladie ou d'accident. Je renonce également à la part patronale des cotisations, au bénéfice de la portabilité des droits en cas de chômage indemnisé et au bénéfice du maintien des garanties au titre de l'Article 4 de la loi 89-1009 dite loi Evin.

Fait pour valoir et servir ce que de droit, le .....

Signature de la personne salariée

**Refus « Salarié à faible rémunération :  
Salariés à temps très partiel ou apprentis  
n'ayant qu'un seul employeur »**

# ATTESTATION

Je soussigné(e) .....

Domicilié(e) .....

.....

N° SS .....

. Atteste avoir été informé(e) de la mise en place d'un régime Frais de santé à adhésion obligatoire pour les salariés de l'association.

. Atteste refuser en toute connaissance de cause le bénéfice du dit régime car la cotisation que je devrais acquitter, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle représente au moins 10 % de ma rémunération.

J'ai été préalablement informé par mon employeur 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, je renonce à tout remboursement au titre dudit régime si j'ai des frais de santé ou d'hospitalisation, et au versement des prestations du régime en cas de maladie ou d'accident. Je renonce également à la part patronale des cotisations, au bénéfice de la portabilité des droits en cas de chômage indemnisé et au bénéfice du maintien des garanties au titre de l'Article 4 de la loi 89-1009 dite loi Evin.

Fait pour valoir et servir ce que de droit, le .....

Signature de la personne salariée

**« Salarié déjà couvert par une assurance à titre individuelle  
frais de santé facultative »**

# ATTESTATION

Je soussigné(e) .....

Domicilié(e) .....

.....

..... N° SS .....

. Atteste avoir été informé(e) de la mise en place d'un régime de Frais de Santé à adhésion obligatoire pour les salariés de l'association.

. Atteste refuser en toute connaissance de cause le bénéfice du dit régime car je suis déjà couvert(e) par une assurance à titre individuelle, pour la durée restant à courir entre la date d'entrée en vigueur du régime obligatoire et la date d'échéance de mon contrat individuel.

J'ai été préalablement informé par mon employeur 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, je renonce à tout remboursement au titre dudit régime si j'ai des frais de santé ou d'hospitalisation, et au versement des prestations du régime en cas de maladie ou d'accident. Je renonce également à la part patronale des cotisations, au bénéfice de la portabilité des droits en cas de chômage indemnisé et au bénéfice du maintien des garanties au titre de l'Article 4 de la loi 89-1009 dite loi Evin.

Je m'engage donc à adhérer ultérieurement à ce régime à la date d'échéance du contrat individuel.

Fait pour valoir et servir ce que de droit, le .....

Signature de la personne salariée