



**Accusé de réception de la notification de la décision unilatérale de mise en place d'un régime de
prévoyance complémentaire obligatoire « FRAIS DE SANTE »**

Je soussigné(e), Bomou Mahamadou

déclare avoir reçu, de la **Société VÉLOGIK ILE DE FRANCE** :

- Une copie de la décision unilatérale instaurant la mise en place, par mon employeur, du régime de prévoyance complémentaire obligatoire « frais de santé » au bénéfice de l'ensemble du personnel, sans condition d'ancienneté.

Je déclare* :

☒ **Adhérer** au régime mis en place par la **Direction de la Société VÉLOGIK ILE DE FRANCE** et ainsi accepter le prélèvement sur mon salaire de la part des cotisations correspondantes.

☐ **Refuser** l'adhésion au régime précité et **atteste sur l'honneur** être concerné par le **motif de dispense** suivant (entourer le cas de dispense correspondant) :

✓ **Dispenses de plein droit*** :

Salarié embauché avant la mise en place du régime par décision unilatérale (article 11 de la loi Évin)

Salarié bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS (joindre l'attestation annuelle des droits à CMU-C ou ACS) Salarié déjà couvert par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties souscrite (joindre l'attestation confirmant la souscription d'un contrat individuel). La dispense ne vaut que jusqu'à l'échéance du contrat individuel.

Salarié déjà couvert par une assurance individuelle frais de santé au moment de son embauche (joindre l'attestation confirmant la souscription d'un contrat individuel). La dispense ne vaut que jusqu'à l'échéance du contrat individuel. Salarié bénéficiant, y compris en tant qu'ayant droit, d'une autre couverture pour les mêmes risques

au titre des dispositifs suivants (c. Séc. Soc. art. D. 911-2, 3°) (joindre l'attestation annuelle de la couverture santé) :

- autre régime santé collectif et obligatoire « exonéré » ;
- régime local d'Alsace- Moselle ;
- régime complémentaire des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
- mutuelles des agents de l'État ou des collectivités territoriales (décret 2007-1373 du 19 septembre 2007 et décret 2011-1474 du 8 novembre 2011) ;

Contrats d'assurance groupe, dits Madelin.

*Merci de bien vouloir cocher la case correspondante

Salarié en CDD ou en contrat de mission dont la durée de la couverture collective et obligatoire dont il bénéficie en matière de frais de santé est inférieure à 3 mois (justifier bénéficier d'une couverture respectant les conditions des contrats responsables)

Lorsque la dispense est liée à une autre couverture, souscrite par ailleurs, merci de préciser :

❖ Nom de l'organisme :

❖ Date de fin de droit ou d'échéance du contrat individuel :

✓ **Dispenses prévues par la décision unilatérale* :**

Salarié à temps partiel et apprenti dont l'adhésion au système de garanties le conduira à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de sa rémunération brute

Salarié et apprenti bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties

Salarié bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs

Conformément à l'article R242-1-6 du Code de la Sécurité Sociale, j'ai été préalablement informé(e) 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.

Le maintien des dérogations est subordonné à la transmission annuelle des justificatifs à l'employeur.

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur que les informations fournies dans ce document sont exactes et m'engage à signaler immédiatement tout changement dans ma situation professionnelle ou personnelle susceptible de modifier cette déclaration.

Fait à ...Lyon le.....02/08/2025

Signature :

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Document à conserver et présenter par l'employeur en cas de contrôle URSSAF

*Merci de bien vouloir cocher la case correspondante