

Demande de dispense d'affiliation

La juridiction administrative

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 ce bulletin et le renvoyer à l'adresse suivante :

MGEN - FONCTION PUBLIQUE D'ETAT - TSA 41519 - 53106 MAYENNE CEDEX

Informations contrat

N° Contrat : **2505-03EBS**

N° Gestion : **C000031791**

Nom de l'employeur : **Conseil d'État**

N° SIREN : **110 000 270**

Nom de l'établissement : **Conseil d'État**

N° SIRET : **110 000 270 00014**

Demandeur de la dispense

Nom de naissance : _____ Nom d'usage* : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____

N° de matricule : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____@_____

Motif de la dispense

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.

☐ Couvert par un contrat santé individuel auprès de MGEN ou d'un autre assureur à la date de mise en place du contrat collectif par votre employeur ou à votre date d'embauche. Échéance du contrat : _____

☐ En CDD et couvert par un contrat santé individuel,

☐ Bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS),

☐ Agent couvert, en tant qu'assuré ou ayant droit, par un des dispositifs suivants :

- couverture collective à affiliation obligatoire mise en place dans une entreprise du secteur privé,
- couverture collective mise en place dans la fonction publique territoriale ou hospitalière,
- couverture individuelle financée par le « versement santé » d'un employeur,
- régime complémentaire d'Assurance Maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG),
- couverture collective pour les militaires.

Informations complémentaires (sauf pour le motif CAMIEG) :

N° de contrat vous permettant de justifier la dispense : _____

Nom de l'assureur : _____

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 :

* Données facultatives.

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. MGEN est soumise 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	Dispense possible jusqu'à
Couvert par un contrat santé individuel auprès de MGEN ou d'un autre assureur à la date de 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 du contrat individuel, sans pouvoir dépasser 12 mois
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 pour demander une dispense	Date de fin du CDD
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
Agent couvert, en tant qu'assuré ou ayant droit, par un des dispositifs suivants : - couverture collective à affiliation obligatoire mise en place dans une entreprise du secteur privé, - couverture collective mise en place dans la fonction publique territoriale ou hospitalière, - couverture individuelle financée par le « versement santé » d'un employeur, - régime complémentaire d'Assurance Maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG), - couverture collective pour les militaires.	Le demandeur doit être couvert par un des dispositifs listés pour pouvoir bénéficier d'une dispense d'affiliation.	Date de fin de couverture (si cette date n'est pas connue, indiquer la date d'échéance annuelle du contrat)

Votre dispense prendra fin à la date d'échéance décrite ci-dessus (au plus tard). Vous aurez alors 2 possibilités :

- Formuler une nouvelle demande de dispense si vous en remplissez les conditions ;
- Vous affilier au contrat collectif santé mis en place par votre employeur (dès lors que les conditions ayant justifié la dispense d'affiliation cessent ou en cas de non-respect des modalités prévues pour s'en prévaloir).

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.