DEMANDE DE DISPENSE D'AFFILIATION - DÉCLARATION SUR L'HONNEUR (EPA)

Je soussigné(e) _____ atteste sur l'honneur être éligible à une dispense d'adhésion à la protection sociale complémentaire (PSC) mise en place à titre collectif et obligatoire par mon employeur :

Nom de l'employeur : _____ Numéro de sécurité sociale : _____

Date de naissance : _____ Adresse mail professionnelle : _____

Je déclare me trouver dans l'une des situations suivantes [Cocher la case correspondante] :

⚠ Un seul choix possible

- ☐ Je suis couvert par un contrat individuel de complémentaire santé, jusqu'à la date d'échéance de ce contrat, dans la limite de douze mois (motif valable uniquement lors de la prise de fonction)
- ☐ Je bénéficie, y compris en tant qu'ayant droit, d'un dispositif de couverture collective à adhésion obligatoire mis en place dans une entreprise de droit privé, que l'adhésion des ayants droit audit dispositif soit facultative ou obligatoire
- ☐ Je suis en Contrat à Durée Déterminée (CDD) ou fonctionnaire détaché sous contrat de droit public (décret 86-83) et je bénéficie d'une couverture individuelle
- ☐ Je suis bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)
- ☐ Je bénéficie, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective de la fonction publique de l'Etat, territoriale ou hospitalière
- ☐ Je bénéficie, y compris en tant qu'ayant droit, de la couverture collective des militaires
- ☐ Je bénéficie, y compris en tant qu'ayant droit, du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG)
- ☐ Je bénéficie, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture individuelle financée par le « versement santé » d'un employeur privé

Dates limites de la dispense : du ___/___/_____ au ___/___/_____

La durée de validité de la demande de dispense est de 12 mois maximum.
Mais la demande de dispense peut être renouvelée tous les ans, sous réserve que le motif soit toujours valable.
Je déclare être en possession du justificatif fondant ma demande de dispense.
Je m'engage à le fournir à mon employeur à première demande et à lui signaler la date à laquelle je cesse de bénéficier, le cas échéant, de l'un de ces dispositifs.

Fait à _____ le ___/___/_____

Signature :

Article 441-6 du Code pénal :
Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu.