

## DISPENSES - ATTESTATION SUR L'HONNEUR VOTRE MODE OPÉRATOIRE (1/2)



### 1. Si vous avez accès au PDF saisissable

1. Ouvrir le fichier PDF avec un lecteur compatible (Adobe Acrobat Reader ou équivalent).
2. Remplir tous les champs directement dans le PDF :
  - Nom et prénom
  - Nom de l'employeur
  - Lieu et date de signature
  - Cocher UNE seule case correspondant à votre situation de dispense
  - Ne pas oublier la date d'échéance de votre couverture (elle ne peut être antérieure au 01/01/2026).
3. Signer l'attestation :  
Si possible, utilisez une signature électronique dans le fichier.  
Sinon, imprimez, signez à la main, puis scannez.
4. Télécharger le fichier PDF complété et signé.



### 2. Si vous n'avez pas accès au PDF saisissable

1. Ouvrir le document Word joint ou créer une version Word si vous ne pouvez pas remplir le PDF.
2. Compléter toutes les informations nécessaires dans le document :
  - Vos nom et prénom
  - Le nom de l'employeur
  - Lieu et date
  - Cocher la case de votre situation (en ajoutant un "x" ou "✓")
  - Ajouter la date d'échéance du dispositif concerné (elle ne peut être antérieure au 01/01/2026).
3. Imprimer le document rempli.
4. Signer manuellement le document.
5. Scanner le document signé.
6. Télécharger la version scannée.



### À retenir

- Un seul choix possible pour le motif de dispense.
- L'attestation sur l'honneur doit être **remplie, datée, signée et conservée**.
- N'oubliez pas de **conserver une copie** de tous les documents pour vos archives.



## DISPENSES - ATTESTATION SUR L'HONNEUR VOTRE MODE OPÉRATOIRE (2/2)

**La date d'échéance de la dispense ne peut être antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2026.**  
(date d'effet du contrat collectif ministériel)

Cas de dispense	Date d'échéance a faire figurer dans le formulaire de demande de dispense	Pièces justificatives à fournir à la 1 <sup>ère</sup> demande de votre employeur
Agent en CDD et bénéficiant d'une couverture individuelle	Date de fin du CDD si le CDD est d'une durée inférieure ou égale à 1 an Date anniversaire du CDD si le CDD est d'une durée supérieure à 1 an	Attestation de l'organisme assureur avec mention de la date d'échéance du contrat ou certificat de garantie et copie du contrat de travail
Agents bénéficiant du dispositif « versement santé »	Date de fin de bénéfice du "versement santé"	Attestation de l'employeur précisant que l'agent bénéficie de ce dispositif particulier
Agent couvert par le régime complémentaire de la CAMIEG	Date de fin de la couverture par le régime complémentaire de la CAMIEG (voir l'employeur) Si elle n'est pas connue, date anniversaire de l'adhésion au régime complémentaire	Attestation de la CAMIEG
Agent couvert par une assurance santé individuelle	Date d'échéance du contrat (dans la limite de 12 mois)	Attestation de l'organisme assureur avec mention de la date d'échéance du contrat ou certificat de garantie
Agent bénéficiant de la CSS	Date de fin des droits à la CSS	Attestation de droits CSS fournie par la CPAM accessible en se connectant à son compte AMELI sur le site <a href="http://www.ameli.fr/">http://www.ameli.fr/</a>
Agent bénéficiant d'une complémentaire santé collective et obligatoire (souscripteur ou ayant droit)	Date de fin de la couverture collective obligatoire (voir l'employeur) Si elle n'est pas connue, date anniversaire de l'adhésion à la couverture obligatoire	Attestation de l'employeur avec mention du caractère collectif et obligatoire de la couverture santé pour le souscripteur ou l'ayant droit
Agent de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière bénéficiant d'une couverture collective	Date de fin de la couverture collective (voir l'employeur). Si elle n'est pas connue, date anniversaire de l'adhésion à la couverture collective	Attestation de la collectivité territoriale ou de l'établissement hospitalier précisant que le souscripteur ou l'ayant droit bénéficie d'une couverture collective



## DEMANDE DE DISPENSE D’AFFILIATION DÉCLARATION SUR L’HONNEUR

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 : \_\_\_\_\_

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

Un  
seul  
choix  
possible

- Je suis en contrat à durée déterminée et je bénéficie d'une complémentaire santé individuelle
- Je bénéficie, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture individuelle financée par le « versement santé » d'un employeur privé
- Je bénéficie, y compris en tant qu'ayant droit, du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG)
- 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
- Je suis bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)
- 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 bénéficie, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective de la fonction publique territoriale ou hospitalière.

**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 \_\_\_\_\_

Signature :

le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### 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.