

## FORMULAIRE DE RENONCIATION

Nom : ..... Prénom : .....

N° de Sécurité sociale :

Je me trouve dans l'une des situations suivantes et je renonce au régime santé collectif obligatoire INTÉRIMAIRES SANTÉ. Ce formulaire vaut attestation sur l'honneur.

**Cochez la case qui correspond à votre situation et joignez le justificatif demandé à votre courrier.**

**Je bénéficie déjà, à la date de mon embauche, d'une couverture individuelle frais de santé** (ce motif n'est valable qu'une seule fois pour un même contrat de mission).

*Justificatif : Attestation d'assurance mentionnant la date de souscription et la date d'échéance de ma couverture santé*

Date de souscription : ..... Date de d'échéance : .....

**Je bénéficie d'une couverture collective obligatoire**

*Justificatif : Attestation mentionnant que le régime collectif est obligatoire tant pour le salarié que pour ses ayants droit*

**Je bénéficie de la Complémentaire santé solidaire (CSS)**

*Justificatif : Copie de l'attestation de droit CSS*

**Je suis en contrat de professionnalisation ou apprenti(e) bénéficiaire d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois et je suis déjà couvert(e) par une assurance santé individuelle responsable**

*Justificatif(s) : Copie de mon contrat de professionnalisation (cerfa n°12434\*02) et attestation d'adhésion au contrat de complémentaire santé individuelle souscrit par ailleurs*

OU

*Copie de mon contrat d'apprentissage (cerfa n°10103\*06) et attestation d'adhésion au contrat de complémentaire santé individuelle souscrit par ailleurs*

**Je suis en contrat de professionnalisation ou apprenti(e) bénéficiaire d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois**

*Justificatif : Copie de mon contrat de professionnalisation (cerfa n°12434\*02)*

OU

*Copie de mon contrat d'apprentissage (cerfa n°10103\*06)*

**Je suis inscrit au régime local d'Alsace Moselle**

*Justificatif : Attestation de la Sécurité sociale mentionnant le régime local Alsace-Moselle*

**Je suis inscrit au régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG)**

*Justificatif : Attestation de couverture de la CAMIEG*

**Je suis inscrit au régime de protection sociale des agents de la fonction publique d'Etat ou de la fonction publique territoriale**

*Justificatif : Attestation de couverture de la fonction publique avec la mention « labellisé » ou « référencé »*

**Je suis inscrit au régime d'assurance de groupe dit « Madelin » destiné aux travailleurs indépendants**

*Justificatif : Attestation de couverture dite « Madelin »*



**Document à retourner à :**

INTÉRIMAIRES SANTÉ Département affiliations  
43 rond-point de l'Europe  
51430 BEZANNES

**SIGNATURE**

Date : .....