



ASSOCIATION INTERMEDIAIRE
DU PAYS VOIRONNAIS

Tél. : **04 76 32 72 80**
Fax : 04 76 32 98 95
Mail : adequation@paysvoironnais.com
Site : www.groupe-adequation.com

Nos Réf. : 404.15-LM-CG-CS



COUPON REPONSE

J'ai pris connaissance de la décision unilatérale instituant un régime collectif "frais de santé" à adhésion obligatoire.

- Je confirme mon affiliation au régime couvrant les risques frais de santé ainsi que le prélèvement de la cotisation correspondante, mise à ma charge.
- Je confirme mon refus d'être affilié(e) au régime de frais de santé et ne donne pas mon accord pour le prélèvement de la cotisation correspondante. Je bénéficie d'un des cas de dispense suivants, je suis en mesure de le justifier, et je m'engage à remettre à mon employeur les documents nécessaires :
 - Je suis engagé(e) avec Adéquation dans le cadre d'un contrat à durée déterminée de 12 mois au moins et j'ai souscrit un contrat frais de santé individuel pour les mêmes garanties.
Date d'échéance de la garantie :
 - Je suis engagé(e) avec Adéquation dans le cadre d'un contrat à durée déterminée inférieure à 12 mois.
 - Je déclare un nombre d'heures mensuel inférieur à 17 heures.
 - Je bénéficie de la CMU C,
Date d'échéance de la garantie :
 - Je bénéficie de l'ACS,
Date d'échéance de la garantie :
 - Je bénéficie d'une protection frais de santé en tant qu'ayant droit dans le cadre d'un contrat collectif et obligatoire pour les ayants droits de l'assuré.

Fait à,
Le

Nom et Prénom :,
Signature :