

Après avoir pris pleinement connaissance des éléments qui m'ont été transmis concernant l'adhésion au régime Collectif Frais de Santé de la Mission Locale Haute-Garonne, (Décision Unilatérale de l'Employeur, la notice d'information, les tarifs...);

Je soussigné(e) _____,

Salarié-e de la Mission Locale Haute-Garonne, dont le siège social est situé au 6-8 boulevard Florence Arthaud 31200 TOULOUSE, déclare par la présente, ma décision :

- Refus d'adhésion au régime "Frais de Santé"** mis en place par Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE)

Selon le motif de dispense indiqué dans la DUE, qui correspond à ma situation personnelle et me permet de ne pas adhérer au régime de santé collectif :

(merci de cocher la case correspondante et de préciser)

- Bénéficiaire d'une couverture de santé individuelle au moment de l'embauche si elle est postérieure, jusqu'à l'échéance du contrat individuel dont la date est la suivante (à préciser)
- Sous contrat de travail à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois.
- Sous contrat de travail à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois, sous réserve de la justification d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties
- Autre cas de dispense présenté dans la DUE (à préciser)

Je déclare avoir pris connaissance des éléments et informations qui m'ont été remis et atteste que mon refus d'adhésion se fait après analyse de ces éléments, après un délai de réflexion suffisant et en connaissance des incidences engendrées par mon défaut d'adhésion en termes d'absence de couvertures complémentaires de frais de santé.

De plus je m'engage à remettre à l'employeur, **chaque année**, les justificatifs conditionnant ce refus ; à défaut, mon adhésion sera obligatoire.

A
Le,
Signature