

## CCN de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile

### > ENTREPRISE

N° ENTREPRISE

Raison sociale

N° SIRET

Rés, Bât, Appt.

N°     Adresse

Code postal      Ville

Téléphone

e-mail  @

### POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DECLARATION

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Dated et signez votre déclaration.
- 3- Transmettez le tout à votre entreprise qui l'enverra à Humanis

Je soussigné, certifie que le salarié ci-dessous désigné, entre dans l'un des cas de dispense d'affiliation prévus par la Convention Collective Nationale.

A  le

*Signature et cachet de l'entreprise*

### > SALARIE

Nom

Nom de naissance

Prénom

N° d'assuré social

Sexe  F  M      Civilité  M.  Mme  Mlle

Situation de famille

célibataire  concubin(e)  divorcé(e)  marié(e)  pacsé(e)  séparé(e)  veuf(ve)

Date de naissance

Date d'embauche dans l'entreprise

Rés, Bât, Appt.

N°     Adresse

Code postal      Ville

Téléphone

e-mail  @



> **COCHEZ LA CASE CORRESPONDANT A VOTRE SITUATION**

**Attention ! Reportez-vous à la notice d'information pour les cas de dispense admis par votre régime**

- Salarié bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire Frais de santé par l'intermédiaire de son conjoint au sens du régime, à la date de l'adhésion de l'entreprise au régime
- Salarié bénéficiant d'une assurance individuelle Frais de santé, à la date de l'adhésion de l'entreprise au régime\*
- Salarié bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)\*
- Salarié bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire CMU-C
- Salarié bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire Frais de santé du fait d'une activité exercée simultanément (salarié à employeurs multiples)
- Salarié à temps très partiel et apprenti dont la cotisation salariale est supérieure ou égale à 10 % de sa rémunération
- Salarié titulaire d'un contrat de travail à durée déterminée
- Travailleur saisonnier
- Autre situation visée par la notice (à préciser)

\*Cette dispense d'affiliation est temporaire : elle vaut jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel.

Je joins à ma déclaration de dispense d'affiliation les pièces justificatives correspondant à ma situation.

A  le

*Signature du salarié*

*Conformément à la loi Informatique et Liberté 78-17 du 06-01-78, vous pouvez accéder aux informations vous concernant et les faire rectifier en contactant notre organisme.*