



MINISTÈRE DES ARMÉES

Liberté
Égalité
Fraternité

Formulaire de demande de dispense d'affiliation au contrat de PSC-Santé du ministère des armées

Article 3 du décret n° 2023-605 du 15 juillet 2023

MILITAIRE

Grade	
Nom	
Prénom	
NID	

DEMANDE DE DISPENSE

Demande à être dispensé de l'affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire du ministère des armées à partir du : / / 20 .

Certifie sur l'honneur se trouver dans l'une des situations suivantes [cocher la case correspondante] :

☐ **1°- Etre couvert par la complémentaire santé solidaire (C2S)**

Je m'engage à signaler à mon organisme d'administration (OA) la date à laquelle je cesse de bénéficier de cette couverture,

Justificatif : Attestation nominative de couverture de la caisse d'assurance maladie avec la date de validité.

☐ **2°- Etre couvert par un contrat individuel de complémentaire santé au 1^{er} janvier 2025 ou à la date de mon engagement**

Cette dispense n'est valable que jusqu'à la date anniversaire de ce contrat individuel, fixée au : / / 20 , dans la limite de 12 mois à partir du 1^{er} janvier 2025 ou de la date de mon engagement.

Justificatif : Attestation nominative de couverture de l'organisme complémentaire indiquant en qualité de titulaire du contrat la date de validité et la prise en charge des types de frais : maternité, maladie ou accident.

☐ **3°- Etre couvert, par une complémentaire santé, y compris en tant qu'ayant droit :**

- ☐ d'un contrat d'entreprise collectif à adhésion obligatoire ou facultative ;
- ☐ d'un contrat individuel souscrit en tant que bénéficiaire du versement santé ;
- ☐ du régime d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;
- ☐ d'un contrat collectif de la fonction publique de l'Etat , territoriale ou hospitalière dès lors que les contrats collectifs sont mis en œuvre dans les fonctions publiques concernées.

Je m'engage à signaler à mon OA la date à laquelle je cesse de bénéficier de cette couverture.

Justificatif : Attestation nominative de couverture de l'organisme complémentaire indiquant la date de validité et la prise en charge des types de frais : maternité, maladie ou accident.

INFORMATION

En cas de validation de ma demande, je renonce, pour la période dispensée :

- au régime de couverture santé obligatoire de mon employeur ;
- à la part patronale des cotisations du contrat collectif obligatoire santé de mon employeur ;
- au bénéfice de la portabilité de mes droits en cas de chômage indemnisé.

En outre, je comprends qu'à partir du 1^{er} janvier 2025, le dispositif de remboursement forfaitaire de 15 € des cotisations de protection sociale complémentaire en santé prend fin et que je ne pourrai donc pas en bénéficier pendant la dispense.

Enfin, je suis informé que je peux à tout moment revenir sur ma décision et adhérer au contrat collectif, sans qu'aucune majoration de cotisation ne me soit appliquée.

Fait à _____, le ____ / ____ / 20

Signature du militaire