

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 :

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.

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

2°- Etre couvert en qualité de titulaire 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 d'échéance de ce contrat individuel, fixée au : _____, dans la limite de 12 mois à partir du 1^{er} janvier 2025 ou de la date de mon engagement.

A joindre : Attestation de couverture de l'organisme complémentaire indiquant le nom du 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, au titre :

- 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 qu'ils seront mis en œuvre¹.**

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

A joindre : 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.

¹ FPT et FPH à partir du 1^{er} janvier 2026.

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.

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 s'arrête et que je ne pourrai donc pas en bénéficier pendant la dispense.

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

Fait à _____, le _____.

Signature du militaire