

Pour effectuer une demande de dispense, complétez un exemplaire de ce formulaire pour chaque ayant droit et retournez-le :

• par email

directement en ligne via votre espace adhérent **adh.energiemutuelle.fr**
rubrique « Contact » puis
« Transmettre un document »

• ou par courrier à :

Mutieg A Asso - Service Adhésion
66 avenue du Maine
75014 PARIS

Formulaire de demande de dispense d'affiliation à la Couverture Supplémentaire Maladie (CSM), au choix du salarié statutaire, **pour ses ayants droit couverts par ailleurs** au titre de l'article D.911-3 du Code de la Sécurité sociale.

Complétez les champs ci-dessous :

Je soussigné (nom et prénom du salarié statutaire)
demande à dispenser mon ayant droit (nom et prénom de l'ayant droit)
de la Couverture Supplémentaire Maladie (CSM).

Je déclare que mon ayant droit est dans la situation suivante (cochez la case correspondante) :

- Il exerce une activité professionnelle et bénéficie à ce titre de sa propre couverture complémentaire santé à adhésion obligatoire
- Il est déjà couvert, au titre d'une couverture famille à adhésion obligatoire, par la complémentaire santé de **son père ou sa mère** (rayez la mention inutile)

Complétez les références de la complémentaire santé dont bénéficie mon ayant droit :

Nom de l'organisme assureur :
Numéro du contrat :

- Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle mon ayant droit cessera, le cas échéant, de bénéficier de la complémentaire santé indiquée ci-dessus.
- Je renonce, pour toute la période pendant laquelle la présente demande de dispense restera valable, à faire bénéficier mon ayant droit de la CSM.

Fait à :
Le :

Signature