



A Ollioules, Le

☎ : 04.94.62.07.51.

✉ : 04.94.06.11.34

Route de la Seyne -BP 40080

83192 OLLIOULES Cedex

www.solidom.fr

BULLETIN REPONSE MUTUELLE OBLIGATOIRE

Je soussigné(e) :

Demeurant :

.....

.....

Date de naissance :

Certifie avoir pris connaissance de la législation concernant la complémentaire santé obligatoire et décide :

D'adhérer à la mutuelle à partir du..... et autorise donc mon employeur à prélever la somme due sur mon salaire.

Ne souhaite pas adhérer à la mutuelle obligatoire pour le motif suivant :

Salarié(e) en CDD.

NB : Votre adhésion sera obligatoire à compter du 1^{er} jour de votre passage en contrat à durée indéterminée.

Salarié(e) bénéficiant d'un contrat de mutuelle individuel en cours et la résiliation ne peut être faite avant la date d'échéance. *L'adhésion à notre mutuelle sera effective le lendemain de l'échéance de celle-ci.*

Salarié(e) bénéficiant de la CMU (justificatif obligatoire à fournir chaque année).

Complémentaire santé obligatoire chez un autre employeur (en cas de multi-employeurs, justificatif obligatoire à fournir chaque année).

Complémentaire santé obligatoire par le conjoint (justificatif obligatoire à fournir chaque année).

Salarié(e) à temps très partiel : si le montant de la cotisation est au moins égale à 10% de sa rémunération.

Salarié(e) bénéficiaire de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ACS. (Justificatif obligatoire à fournir, la dispense d'affiliation cesse à la date à laquelle le salarié perd le bénéfice de cette aide.

Signature :