

## Demander une dispense

Avant d'effectuer votre demande :

- Vérifier si vous êtes éligible à la dispense.
- Préparer l'attestation à fournir.

Important :

- Pour chaque des motifs ci-dessous, il vous sera demandé de fournir un justificatif (attestation de couverture ou de droits).
- La dispense doit être renouvelée chaque année. Sinon la couverture santé de votre entreprise prendra effet.
- Vous pourrez à tout moment renoncer à votre dispense et demander une affiliation au contrat collectif santé mis en place par votre employeur, sans aucune rétroaction de cotisation.
- En l'absence de validation de votre demande de dispense, vous serez affilié au contrat de votre employeur.

Vous pouvez demander une dispense si vous êtes :

- Couvert par un contrat santé individuel auprès de MGEN ou d'un autre assureur à la mise en place du contrat de votre employeur ou à votre date d'embauche.
- Bénéficiaire en tant qu'assuré d'un contrat collectif santé obligatoire souscrit par un autre employeur.
- Bénéficiaire d'un contrat collectif santé obligatoire souscrit par l'employeur de votre conjoint.
- En CDD et vous bénéficiez d'un contrat santé individuel.
- Bénéficiaire de la CSS (Complémentaire santé solidaire).
- Couvert par le régime complémentaire de la CAMEG.
- Bénéficiaires de la couverture collective des militaires.
- Couvert par un contrat santé individuel financé avec un « versement santé ».

Pour finaliser votre demande de dispense, une attestation sur l'honneur vous sera demandée à l'étape suivante. Vous pouvez télécharger le modèle dès maintenant pour la préparer.

Ce modèle éligible complété est le seul document accepté pour effectuer une demande de dispense.

Modèle d'attestation sur l'honneur

**Demander une dispense**

la compléter ainsi puis l'enregistrer dans votre ordinateur pour l'ajouter à l'étape suivante

**Attestation sur l'honneur**  
Demande de dispense d'affiliation

Dans le cadre du contrat collectif obligatoire mis en place par votre employeur, vous devenez affilié de celui-ci par défaut. Dans les situations prévues à l'article 3 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022, vous pouvez demander une dispense d'affiliation à ce contrat. Pour cela, vous devez compléter cette attestation et la joindre à votre parcours digital de demande de dispense.

**Demandeur de la dispense - à compléter par l'agent**

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Nom d'usage : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

**Dates et motif de la dispense - à compléter par l'agent**

Date d'effet de la dispense : **0 1 0 5 2 0 2 6**

→ Si vous n'avez jamais été affilié à ce contrat, cette date correspond :  
- à la date de début du contrat collectif,  
- ou à votre date d'embauche,  
- ou à la date de renouvellement de votre dispense.

→ Si vous êtes déjà affilié, cette date correspond :  
- à la date de la situation justifiant la dispense si elle est de moins d'un mois,  
- ou au premier jour du mois suivant la demande.

Cocher la case correspondant à votre motif de dispense et complétez les informations demandées. Vous pouvez vous référer au tableau en page suivante pour connaître les conditions de dispense selon votre situation.

Veillez à renseigner une date de fin de dispense postérieure à la date d'effet du contrat (1<sup>er</sup> mai 2026). Par exemple, si vos droits sont valides jusqu'au 31/12/2025 et que vous ne réalisez pas votre contrat, indiquez une date de fin de dispense au 31/12/2025.

☒ 1- Couvert par un contrat santé individuel à la mise en place du contrat collectif par votre employeur ou à votre date d'embauche.  
Date d'échéance annuelle du contrat : **3 1 1 2 0 2 6**

☐ 2- Bénéficiaire en tant qu'assuré d'un contrat collectif santé obligatoire souscrit par un autre employeur du secteur privé ou public (Bénéficiaire publique d'état, hospitalière ou territoriale).  
Date de fin de couverture : \_\_\_\_\_

☐ 3- Bénéficiaire en tant qu'ayant droit, à titre facultatif ou obligatoire, d'un contrat collectif santé obligatoire souscrit par l'employeur (du secteur privé ou public) de votre conjoint ou de votre parent.  
Date de fin de couverture : \_\_\_\_\_

☐ 4- En CDD et couvert par un contrat santé individuel. Date de fin de CDD : \_\_\_\_\_

☐ 5- Bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS). Date de fin de CSS : \_\_\_\_\_

☐ 6- Couvert par le régime complémentaire d'Assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMEG).  
Date de fin de couverture : \_\_\_\_\_

☐ 7- Bénéficiaire en tant qu'ayant droit d'un contrat santé individuel financé avec un « versement santé » d'un employeur.  
Date de fin de couverture : \_\_\_\_\_

☐ 8- Couvert par un contrat collectif santé pour les militaires. Date de fin de couverture : \_\_\_\_\_

Vous atteste de l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Vous avez été préalablement informé des conséquences de la renonciation au bénéfice du régime collectif et obligatoire de frais de santé : en renonçant à l'affiliation au régime frais de santé, vous renoncez à tout remboursement au titre du régime si vous avez des frais de santé ou d'hospitalisation, et au versement des prestations du régime en cas de maladie ou d'accident pour les événements survenus à compter de la date de dispense d'affiliation santé. De fait, vous avez connaissance de la perte du bénéfice de la part patronale des cotisations « santé », du bénéfice de la portabilité des droits en cas de chômage indemnité et du bénéfice du maintien des garanties selon les conditions prévues dans le contrat.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

MGEN, immatriculée sous le numéro SIREN 775 585 309, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, siège 3, square Max Hymans 75748 Paris cedex 15, CNP Assurances, Société Anonyme au capital de 686 118 427 euros entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances. RCS Numéro 341 737 06, siège à Promenade Cœur de Ville - 92130 Issy-les-Moulineaux. MGEN et CNP Assurances sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 4 Place de la Liberté CS 50058 - 75004 Paris Cedex 04.

MGEN traite vos données pour la gestion de votre dossier. Pour exercer vos droits sur vos données ou contacter le DPO, vous pouvez envoyer un courrier postal à : MGEN - Centre de services de La Verrière - Protection des Données - CS 19601 La Verrière 91400 Evry-sur-Seine ou par email : [protection@mgencedex.fr](mailto:protection@mgencedex.fr).

Données Cadeaux ou vous rendre sur le site : [mgencedex.fr](http://mgencedex.fr).

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter votre Notice d'Information, et la Politique de Confidentialité disponibles sur mgencedex.fr.

PR023431\_01/04/2022

**Récapitulatif des motifs de dispense et leurs conditions**

## LISTE DES DISPENSES

+ Ouvrir une demande

| Dossier                     | Date de demande | Dernière mise à jour | Date de fin de validité | Statut |
|-----------------------------|-----------------|----------------------|-------------------------|--------|
| Vous n'avez aucune demande. |                 |                      |                         |        |

## OUVERTURE D'UNE DEMANDE DE DISPENSE

Indiquez le motif de votre demande de dispense et fournissez les pièces justificatives nécessaires. Toute demande non finalisée ou incomplète avant la date limite ne sera pas traitée.

Motif

☒ Couvert par un contrat santé individuel

Veillez fournir les documents suivants :

Attestation

Date de fin de validité

01/05/2027

Conditions

Vous êtes couvert par un contrat de santé individuel auprès de la MGEN ou d'un autre assureur au moment de la mise en place du contrat collectif de votre employeur ou lors de votre embauche si protesteur à la mise en place du contrat. - La validité de votre dispense prendra fin à la date d'échéance de votre contrat individuel, dans la limite de 12 mois maximum à compter de la date de mise en place du contrat collectif ou date d'embauche. - Il est nécessaire de saisir manuellement la date de fin de validité de votre dispense ci-contre.

- ☐ Couvert par un contrat collectif santé obligatoire souscrit par l'employeur de votre conjoint
- ☐ En CDD et couvert par un contrat santé individuel
- ☐ Bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)
- ☐ Couvert par le régime complémentaire de la CAMEG
- ☐ Couvert par un contrat santé individuel, financé avec le « versement santé » d'un employeur
- ☐ Couvert par un contrat collectif santé pour les militaires
- ☐ Couvert par un contrat collectif santé obligatoire souscrit par un autre employeur

Soumettre

Sauvegarder sans soumettre

Retour

Cliquer sur le cas qui vous concerne et ajouter votre attestation en cliquant ici (exemple 1) Sans oublier de noter la date de fin de validité de votre contrat (en général 31/12/2026)

Ajouter une pièce justificative

Fichier

Parcourir... Aucun fichier sélectionné.

Le fichier doit être de type .pdf, .png ou .jpg et doit peser moins de 4 Mo.

SÉLECTIONNEZ UNE PIÈCE

Sélectionnez un document de votre bibliothèque.

Vous n'avez aucun document

+ Ajouter une pièce

Annuler

Ajouter

Puis cliquer sur parcourir et positionnez-vous là où se trouve votre fichier d'attestation sur l'honneur précédemment rempli

Cliquer sur Ajouter

Et enfin cliquer sur soumettre