Nom Prénom
Adresse
Code postal Ville

 Nom Entreprise

 Adresse

 Code postal Ville

 Ville, le (date)

**Objet** : Demande d’une dispense d’adhésion à un contrat collectif obligatoire

Madame, Monsieur,

Étant bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire / l’Aide au paiement d’une Complémentaire Santé (ACS) depuis le [date d’attribution] auprès de [nom de l’organisme complémentaire ou de la caisse d’assurance maladie], je demande, en application de l’article D.911-2 du code de la sécurité sociale, à être dispensé(e) de l'obligation d'adhérer à la couverture complémentaire santé mise en place dans l’entreprise.

Vous trouverez ci-joint la copie de mon attestation d’attribution.

Je vous prie d’agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

 Prénom Nom

PJ : Copie de l’attestation d’attribution