

**E-. Salarié en contrat à durée déterminée (CDD)  
de moins de 12 mois**

---

**DEMANDE DE DISPENSE D'ADHESION  
AU REGIME COLLECTIF D'ASSURANCE SANTE  
A ADHESION OBLIGATOIRE**

Je, soussigné(e), .....,  
NOM, PRENOM

salarié(e) de ..... sous contrat à durée déterminée  
NOM DE L'ENTREPRISE

d'une durée de....., demande à être dispensé(e) de l'adhésion au régime collectif d'assurance santé à adhésion obligatoire assuré par SwissLife Prévoyance et Santé.

J'atteste avoir été informé par mon employeur des conséquences de mon choix. En particulier, j'ai connaissance de ne pas bénéficier de la portabilité de l'assurance précitée, ni de la participation de mon employeur, ni des avantages fiscaux attachés à ce contrat.

Fait à ....., le ...../...../.....,  
LIEU DATE

Signature :