Nom Prénom le xx/xx/2016

Adresse

Code Postal Ville

N° Adhérent : 123456789

A Nom de l'employeur

Adresse

Code Postal Ville

Copie : Nom Adresse de la mutuelle

Madame, Monsieur,

Conformément à l'article D 911-2 du code de la sécurité sociale, mon conjoint étant bénéficiaire pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayant droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi d'une couverture d'entreprise obligatoire, et suite au [décret d'application](http://www.aspmail.info/click.php?url=ITN02BOP32ILJ35CND3CGQG3AF&url2=tA3p0FVD2GBNTcby6ogoqHvasy5-if934tvq2ze-r8D2Gq3oimu4us0Eatlb0_Bior5D2GPzqrf1J-o/ELF5_DTM3--yt) publié au JO le 31/12/2015, je vous demande par la présente d'être dispensée d'adhésion auprès de l'organisme qui assure actuellement ma complémentaire santé collective obligatoire : Nom de la mutuelle, Adresse, Code Postal, N° Adhérent : 123456789

Je serais donc prise en charge par le contrat de mutuelle obligatoire de mon conjoint travaillant chez Total :

Nom Prénom, N° adhérent 50004567

Harmonie Mutuelle

TSA 11236

49012 ANGERS Cedex 01

Cette demande de dispense de ma part est à effet immédiat.

Merci de votre attention