

Pôle fichier et carte

mon
parcours
d'assuré



Faites parvenir votre
demande accompagnée
des justificatifs à :

**Caisse d'Assurance
Maladie de la Côte-d'Or**
Pôle Fichier et carte
BP 34548
21045 DIJON CEDEX

> DEMANDE D'EXONÉRATION DE COTISATION AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE DES ÉTUDIANTS

Vous êtes étudiant et vous exercez en parallèle à vos études, une activité salariée continue (contrat de travail couvrant l'année universitaire) et régulière (minimum de 60 h par mois ou 120 h dans le trimestre). Dans ce cas, votre Sécurité sociale est assurée par le régime général (CPAM) et vous êtes dispensé d'affiliation au régime étudiant.

Vous devez préalablement faire une demande d'exonération de cotisation au régime d'assurance maladie étudiant afin de ne pas régler la cotisation au moment de votre inscription dans un établissement d'enseignement supérieur.

Remplissez le formulaire au verso accompagné des justificatifs suivants :

- un RIB ;
- le ou les contrats de travail couvrant l'année universitaire (01/10/N au 30/09/N+1).

En fonction de votre situation, l'Assurance Maladie validera ou non votre demande d'exonération et vous fera parvenir une attestation que vous pourrez remettre à votre établissement d'enseignement supérieur pour être dispensé du paiement de la cotisation lors de votre inscription.

FORMULAIRE À REMPLIR AU VERSO

.../...

mon
parcours
d'assuré



Vous avez des questions
sur vos démarches
d'Assurance Maladie ?

Vous souhaitez vous
informer sur votre santé ?

Rendez-vous sur
notre **page Facebook**
« **Assurance Maladie
de Côte-d'Or - CPAM 21** »

> FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXONÉRATION DE COTISATION AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE DES ÉTUDIANTS

(mode d'emploi au recto)

Situation :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Numéro de Sécurité sociale : _____

Je déclare bénéficier d'un contrat de travail couvrant la totalité de la période :

du 1^{er} octobre 20 __ __ au 30 septembre 20 __ __

et exercer une activité salariée de _____ heures hebdomadaires (joindre copie
du ou des contrats de travail).

Mon employeur :

Nom et adresse de mon employeur : _____

*En cas de rupture de ce contrat (licenciement, démission...), je m'engage sur l'honneur à faire
procéder à mon inscription au régime de Sécurité sociale des étudiants et à régler la cotisation
forfaitaire auprès d'un des deux organismes de Sécurité sociale des étudiants (LMDE ou SMEREB).*

Date : _____ Signature : _____