



ATTESTATION

Je soussigné (nom et qualité du signataire).....

employeur de

Atteste qu'un régime **collectif et obligatoire** de complémentaire de frais de santé est en place au sein de notre société.

Ce régime couvre **OBLIGATOIREMENT**, outre le salarié :

- Le conjoint
- Les enfants

Préciser l'identité des personnes couvertes :

-
-
-
-
-
-

Fait pour valoir ce que de droit

Date

Cachet de l'entreprise

(Cette attestation est à transmettre par le salarié qui demande le bénéfice de la dispense au service « Ressources humaines » de son employeur. Elle doit porter la mention manuscrite « je reconnais avoir été préalablement informé par mon employeur des conséquences de mon choix »)