**ATTESTATION D'AFFILIATION A UNE MUTUELLE D'ENTREPRISE OBLIGATOIRE**

JE SOUSSIGNE

Monsieur [Prénom] [Nom], en ma qualité de [Qualité] de la société [Nom], immatriculée au registre du commerce et des sociétés de [lieu d'enregistrement] sous le numéro [numéro], dont le siège social est situé [adresse],

ATTESTE QUE

Monsieur [Nom], résidant au [adresse], est employé par notre société au titre d’un contrat à durée indéterminée depuis le [date], qu’il bénéficie à ce titre du contrat collectif frais de santé obligatoire mis en place au sein de notre entreprise et qu'il y a souscrit, ce qui entraîne l'affiliation de plein droit de ses ayants droits sans supplément de cotisations.

Cette attestation est délivrée à la demande de l’intéressé pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à [lieu], le [date]

|  |  |
| --- | --- |
| **Pour la Société**  Monsieur [Prénom] [Nom]  [Qualité]  Lu et approuvé |  |