

ATTESTATION DE NON PRISE EN CHARGE MUTUELLE

Je soussigné(e), _____

Demeurant à : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Certifie sur l'honneur que :

Je ne bénéficie d'aucune prise en charge par une mutuelle santé complémentaire au titre de mes droits personnels ou familiaux, et ce pour la période en cours. Je m'engage à informer immédiatement mon employeur en cas de changement de cette situation.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à : _____

Le : _____

Signature du salarié

Signature de l'employeur

Signature : _____

Signature : _____

Source originale de ce document :

<https://modele-attestation.com/attestation-de-non-prise-en-charge-mutuelle/>

Ce modèle vous a-t-il été utile ?

Découvrez d'autres modèles à jour sur :

<https://modele-attestation.com>

Voir plus de modèle

Ce modèle est destiné exclusivement à un usage personnel et non commercial.

Toute diffusion ou publication doit obligatoirement citer la source.

Ce modèle est fourni à titre purement indicatif et ne constitue pas un conseil juridique.
Il est recommandé de consulter un professionnel qualifié pour des situations spécifiques.