

# ATTESTATION MUTUELLE OBLIGATOIRE FAMILLE

Entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse de l'entreprise : \_\_\_\_\_

## Informations du salarié

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

## Informations sur la mutuelle obligatoire

Nom de l'organisme assureur : \_\_\_\_\_

Numéro de contrat : \_\_\_\_\_

Date d'adhésion : \_\_\_\_\_

## Engagements de l'employeur

L'employeur certifie avoir mis en place une mutuelle santé conforme à la réglementation en vigueur, notamment en application des articles L911-1 et suivants du Code de la sécurité sociale, et que le salarié bénéficie de la couverture obligatoire prévue par l'accord collectif ou le contrat de travail.

## Engagements du salarié

Le salarié reconnaît avoir pris connaissance des garanties proposées, ainsi que des modalités de prise en charge des cotisations, et s'engage à adhérer à la mutuelle obligatoire dans les conditions prévues.

## Informations complémentaires

Conformément aux dispositions légales, le salarié dispose d'un délai de renonciation à l'adhésion, sauf cas d'exclusion ou dispenses prévues par la réglementation ou l'accord collectif. Toute modification de la situation du salarié doit être signalée à l'employeur.

**Signature de l'employeur**

**Signature du salarié**

Nom et fonction : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Source originale de ce document :

<https://modele-attestation.com/attestation-mutuelle-obligatoire-famille/>

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.