

## ATTESTATION DELIVREE PAR VOTRE MUTUELLE

.....[Nom de l'organisme complémentaire]

.....[Identification de l'organisme complémentaire]

A ....., le ...../...../.....

M/Mme .....[Nom et Prénom de l'assuré]

.....

.....[Adresse de l'assuré(e)]

Je soussigné, .....[Nom de l'organisme complémentaire] enregistré  
sous le n° ..... [N°SIREN], atteste que :

- M/Mme .....[Nom et Prénom de l'assuré]

- .....[Numéro de Sécurité sociale de l'assuré]

est titulaire d'un contrat de protection sociale complémentaire solidaire et responsable qui respecte les conditions prévues au II de l'article L. 862-4 et à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

• **Cas du demandeur titulaire souscripteur ou ayant droit d'un contrat individuel**

est titulaire du [Contrat / Règlement<sup>1</sup>], n° ..... Ce [Contrat / Règlement] couvre les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident

• **Cas d'un ayant droit d'un contrat groupe obligatoire**

est couvert en qualité d'ayant droit du [Contrat / Règlement], n° .....

Ce [Contrat / Règlement] couvre les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident et ne fait l'objet d'aucun financement direct des cotisations de M/Mme

.....[Nom et Prénom de l'assuré] par l'employeur du titulaire du contrat.

Le montant des cotisations versées au titre de la couverture de :

M/Mme .....[Nom et Prénom de l'assuré] s'élève à  
.....€/an ou .....€/ mois.

Le bénéficiaire est couvert par le contrat susmentionné depuis le ...../...../.....

Cette attestation est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

[Signature]

[Cachet de l'organisme complémentaire]

<sup>1</sup> Rayer la mention inutile