## LISTE DU PERSONNEL (À ANNEXER À LA DÉCISION UNILATÉRAL DE L'ENTREPRISE). Cette liste recueille l'adhésion des salariés au régime

Salarié   M   Mme   Mlle   Né(é)	Salarié  M Mme Mlle Né(é)
Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la DUE ainsi que le résumé des prestations.	Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la DUE ainsi que le résumé des prestations.
Catégorie assurée :	Catégorie assurée:
☐ J'adhère au régime et j'accepte de payer la part de cotisation salariale ainsi que les augmentations futures. ☐ Je refuse l'adhésion au régime. Je reconnais avoir été informé des conséquences de mon choix.  Signature	☐ J'adhère au régime et j'accepte de payer la part de cotisation salariale ainsi que les augmentations futures.☐ Je refuse l'adhésion au régime. Je reconnais avoir été informé des conséquences de mon choix.
Salarié   M   Mme   Mlle   Né(é)	Salarié  M Mme Mlle Né(é)
Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la DUE ainsi que le résumé des prestations.	Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la DUE ainsi que le résumé des prestations.
Catégorie assurée:  ☐ J'adhère au régime et j'accepte de payer la part de cotisation salariale ainsi que les augmentations futures.  ☐ Je refuse l'adhésion au régime. Je reconnais avoir été informé des conséquences de mon choix.  Signature	Catégorie assurée :
Salarié  M Mme Mlle Né(é)	Salarié  M Mme Mlle Né(é)
Nom:	Nom:
Prénom :	Prénom :
Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la DUE ainsi que le résumé des prestations.	Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la DUE ainsi que le résumé des prestations.
Catégorie assurée:	Catégorie assurée:  J'adhère au régime et j'accepte de payer la part de cotisation salariale ainsi que les augmentations futures.
☐ Je refuse l'adhésion au régime. Je reconnais avoir été informé des conséquences de mon choix.  Signature	☐ Je refuse l'adhésion au régime. Je reconnais avoir été informé des conséquences de mon choix.  Signature
Salarié  M Mme Mlle Né(é)	Salarié  M Mme Mlle Né(é)
Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la DUE ainsi que le résumé des prestations.	Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la DUE ainsi que le résumé des prestations.
Catégorie assurée :	Catégorie assurée :
☐ J'adhère au régime et j'accepte de payer la part de cotisation salariale ainsi que les augmentations futures. ☐ Je refuse l'adhésion au régime. Je reconnais avoir été informé des conséquences de mon choix.  Signature	☐ J'adhère au régime et j'accepte de payer la part de cotisation salariale ainsi que les augmentations futures. ☐ Je refuse l'adhésion au régime. Je reconnais avoir été informé des conséquences de mon choix.  Signature
Salarié  M Mme Mlle Né(é)	
Prénom :	
	Fait le Signature et cachet de l'entreprise
Catégorie assurée:  ☐ J'adhère au régime et j'accepte de payer la part de cotisation salariale ainsi que les augmentations futures.  ☐ Je refuse l'adhésion au régime. Je reconnais avoir été informé	À:
des conséquences de mon choix.  Signature	