

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)

Nom :

Prénom :

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

Salarié ☐ M ☐ Mme ☐ Mlle Né(é)

Nom :

Prénom :

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

Salarié ☐ M ☐ Mme ☐ Mlle Né(é)

Nom :

Prénom :

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

Salarié ☐ M ☐ Mme ☐ Mlle Né(é)

Nom :

Prénom :

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

Salarié ☐ M ☐ Mme ☐ Mlle Né(é)

Nom :

Prénom :

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

Salarié ☐ M ☐ Mme ☐ Mlle Né(é)

Nom :

Prénom :

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

Salarié ☐ M ☐ Mme ☐ Mlle Né(é)

Nom :

Prénom :

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

Salarié ☐ M ☐ Mme ☐ Mlle Né(é)

Nom :

Prénom :

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

Salarié ☐ M ☐ Mme ☐ Mlle Né(é)

Nom :

Prénom :

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

Fait le

À :

Signature et cachet de l'entreprise