

**ATTESTATION**  
**PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE**

Je soussigné(e)

NOM : ..... PRENOM : .....

Née le .....

reconnais avoir été informé(e) de la mise en place par mon employeur (XXX) d'un régime de protection sociale complémentaire à adhésion facultative.

Je certifie avoir pris connaissance de :

- la possibilité d'y adhérer,
- des caractéristiques du règlement d'assurance,
- des conséquences en cas de non adhésion.

Au vu de ces conditions,

Je déclare renoncer au bénéfice des garanties de prévoyance prévues par ce régime à adhésion facultative.

Fait à .....

Le .....

Signature,