

**ACCUSE DE RECEPTION DE LA DECISION UNILATERALE DE LA SOCIÉTÉ
INSTITUANT
UN REGIME DE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE OBLIGATOIRE FRAIS DE SANTE**

Je soussigné(e) _____ déclare, par la présente, avoir reçu copie de l'acte de décision unilatérale d'un régime de prévoyance complémentaire frais de santé mise en place par mon employeur, ainsi que la notice d'information du contrat d'assurance, souscrit auprès de MALAKOFF MEDERIC.

- j'accepte le précompte ⁽¹⁾
- je refuse le précompte ⁽¹⁾

⁽¹⁾ *razer la mention inutile*

Fait à _____ le _____

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »