



GRUPE **vyv**

ATTESTATION DE COUVERTURE

par un contrat d'assurance maladie complémentaire santé, solidaire et responsable, conforme aux conditions prévues au II de l'article L.862-4 et à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, en qualité de titulaire ou d'ayant droit

Cette attestation est délivrée en vue de bénéficier du remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais de santé des agents civils et militaires de l'Etat.

Personne couverte :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

N° Sécurité sociale :

Date d'effet :

Etant par ailleurs attesté que :

- Le montant des cotisations versées au titre de la couverture de la personne bénéficiaire précitée est au moins égal à 15 euros,

Et que, le cas échéant,

- Si elle est couverte en tant qu'ayant droit d'un contrat collectif conclu par un employeur autre qu'un employeur public de l'Etat, la personne couverte ci-dessus ne bénéficie pas en sa qualité d'ayant droit d'un financement de cet employeur.

Fait le 5/11/2021

Vice-présidente
Assurances et couvertures mutualistes

La présente attestation est valable sous réserve de toute modification, résiliation ou sortie du contrat, qui serait postérieure à sa date d'émission.

Le détenteur de cette attestation est tenu de signaler à son employeur tout changement de sa situation de nature à modifier les conditions d'éligibilité au remboursement par celui-ci d'une partie de ses cotisations de protection sociale complémentaire en santé.