

**MODELE D'ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR**

**Coordonnées de l'employeur**

(Ville), le (date)

OBJET : mise en place d'un régime collectif obligatoire

Madame, Monsieur,

Je certifie par la présente que **(nom, prénom du salarié)**, salarié dans l'entreprise, bénéficie à compter du **(date d'effet de l'affiliation)** d'un régime collectif à adhésion obligatoire couvrant les frais de santé, en application de l'Accord du 21 mai 2010 obligatoire *pour toutes les entreprises relevant de l'Aide, accompagnement, soins et services à domicile.*

Cet Accord prévoit en effet l'affiliation obligatoire de tout salarié non cadre auprès de l'organisme d'assurance désigné dans l'Accord collectif : Humanis Prévoyance.

NOM et TITRE du signataire.