

IMPORTANT

Document à signer et à remettre
à votre employeur

Je soussigné(e),
reconnais avoir reçu la notice d'information obligatoire décrivant les garanties frais de santé souscrites
par mon entreprise :

.....
.....

auprès de Malakoff Humanis Prévoyance

À....., le

Signature

MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE
Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale
Siège : 21 rue Laffitte, 75009 Paris
N° SIREN 775 691 181