|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Convention de Participation**

**Prévoyance Maintien de Salaire 2020-2026**

Document à retourner complété et signé au Service RH / Secrétaire de Mairie

Dénomination de la Collectivité :

INFORMATIONS ET CONSEILS FOURNIS PAR L’EMPLOYEUR

Attestation de refus de souscription de l’agent

NOM de l’agent :

Prénom de l’agent :

N° de Sécurité Sociale de l’agent :

Je soussigné, Madame, Monsieur, atteste par la présente avoir été informé par mon employeur des garanties proposées en couverture Prévoyance Maintien de Salaire dans le cadre d’une convention de participation mise en place à compter du 1er janvier 2020.

Au regard de l’obligation de conseil et après analyse de mes besoins en protection sociale complémentaire, ma situation personnelle et professionnelle, mon budget et ma situation financière, je reconnais ne pas vouloir adhérer aux différentes propositions de mon employeur.

Fait à le

Signature :

*Document à conserver dans le dossier individuel de l’agent*