

Attestation sur l'honneur de la part de la cotisation payée par l'ESAT au titre de la protection santé complémentaire des travailleurs handicapés

Je soussigné(e) _____,
agissant en qualité de [Fonction – ex. : Directeur(trice)] : _____,
de l'ESAT [Nom de l'établissement] : _____,
situé à [Adresse complète] : _____
Numéro : _____ Libellé de la voie _____
Complément d'adresse : _____
Code postal : Commune : _____

Atteste sur l'honneur que, dans le cadre du régime de protection santé complémentaire à adhésion obligatoire au bénéfice des travailleurs handicapés accueillis dans notre établissement :

- La part de la cotisation prise en charge par l'ESAT s'élève à : % du total
- La part restant à la charge des travailleurs handicapés s'élève à : % du total

Cette répartition est appliquée dans le respect de la législation en vigueur qui impose une prise en charge au minimum à hauteur de 50 % par l'ESAT.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à [Ville] : _____ le [Date] : _____

Signature du du représentant légal

[Nom, Prénom] : _____

[Cachet de l'établissement]

ATTESTATION POUR LA COMPENSATION DES COTISATIONS PAYEES PAR LES ESAT AU TITRE DE LA PROTECTION SANTE COMPLEMENTAIRE DES TRAVAILLEURS HANDICAPES

Attestation de la mutuelle, de la société d'assurances ou institution de prévoyance

Vu le décret N° 2025-844 du 25 août 2025, vu l'arrêté du 25 août 2025 du ministère du travail, de la santé et des solidarités et des familles modifié par l'arrêté du 23 septembre 2025 et vu l'article L. 344-2-10 du code de l'action sociale et des familles, en tant que représentant d'une mutuelle régie par le code des mutuelles, une société d'assurances, une entreprise d'assurances ou institutions de prévoyance régie par le code des assurances, j'atteste que les données suivantes sont exactes.

➤ **Dénomination sociale et Siret de l'établissement ou le service d'accompagnement par le travail :**

➤ **Montant de la cotisation:**

Montant de la cotisation payée par l'ESAT (couverture des ayants droit exclue) :

➤ **Nombre de travailleurs handicapés bénéficiant de la couverture :**

➤ **Période couverte par cette cotisation* :**

- **date de début :**

- **date de fin :**

En l'absence de l'un des éléments ci-dessus l'attestation ne pourra pas être traitée par l'Agence de Services et de Paiement (ASP)

Fait à :

Le :

Signature et cachet de la mutuelle, de la société d'assurances ou de l'institution de prévoyance :

* Si possible, privilégier une période à minima trimestrielle.