



ATTESTATION SUR L'HONNEUR

A remplir par l'assuré principal du régime frais de santé des Organismes de Sécurité sociale au bénéfice de son conjoint, concubin ou partenaire lié par Pacs

Prénom :

Nom :

Adresse :

N° de Sécurité sociale : .../.../.../.../...../...../.....

Je soussigné (e) Monsieur, Madame .....

Déclare sur l'honneur que :

Nom : .....Prénom : .....

conjoint,  concubin  partenaire lié par PACS (cochez la case)

ne perçoit pas de revenu au titre d'une activité professionnelle pour l'exercice 2018.

ne perçoit pas de revenu de remplacement (notamment allocation chômage, pensions de retraite, ou de pré-retraite, d'invalidité, rente accident de travail, indemnités journalières) pour l'exercice 2018.

perçoit un revenu d'activité professionnelle ou de remplacement dont le montant annuel est inférieur à 10% du plafond annuel de la Sécurité sociale, soit : 3973.20€ pour 2018.

Je prends note que toute fausse déclaration peut être utilisée à mon encontre et que mon organisme assureur se réserve le droit de vérifier cette déclaration et de me réclamer à cet effet toutes pièces justificatives.

Par ailleurs, je m'engage à informer mon organisme assureur de tout changement de situation dans le mois qui suit l'évènement.

Nous vous invitons à nous envoyer votre courrier à l'adresse suivante :
AG2R-P Contrat UCANSS - BP 40332 – 13271 Marseille cedex 08

Fait à : .....le.... /.... /.....

Signature