



ATTESTATION SUR L'HONNEUR

A remplir par l'assuré principal du régime frais de santé des Organismes de Sécurité sociale au bénéfice de son enfant à charge

Prénom :

Nom :

Adresse :

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

Je soussigné (e) Monsieur, Madame

déclare sur l'honneur que mon enfant :

Nom :Prénom :

Réside à mon domicile et ne perçoit pas annuellement des revenus professionnels ou de remplacements supérieurs à 10% du plafond annuel de la Sécurité sociale, soit : 3973,20€ pour 2018.

reconnu invalide ou handicapé, ne perçoit pas de revenu supérieur à 80% du SMIC brut, soit : 1198,77€ mensuel.

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