

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 : 4113.60 € pour 2021.

reconnu invalide ou handicapé, ne perçoit pas de revenu supérieur à 80% du SMIC brut, soit : 1231.54 € mensuel.

A ce titre, je demande qu'il (elle) bénéficie du contrat frais de santé souscrit entre mon employeur et l'assureur en qualité d'ayant droit.

Je m'engage à informer mon service RH de tout changement de sa situation (reprise d'une activité professionnelle, perception d'un revenu de remplacement...) dans le mois qui précède ledit évènement.

Par ailleurs, je m'engage à fournir à mon assureur, à première demande, toute pièce justificative complémentaire que celui-ci pourrait me réclamer. Je suis informé(e) qu'en cas de refus ou de fausse déclaration, la personne visée ne pourra pas bénéficier de mon contrat, et ses dépenses ne pourront pas être prises en charge à ce titre.

Nous vous invitons à nous envoyer votre courrier à l'adresse suivante :

AG2R LA MONDIALE Contrat UCANSS - TSA 37001 - 59071 Roubaix Cedex 1

Fait à : le.... /..../.....

Signature