

**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 2021. 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 2021. 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 : 4 113.60 € pour 2021.

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 LA MONDIALE****Contrat UCANSS – TSA 37001 – 59071 ROUBAIX Cedex 1**

Fait à : le.... /.... /.....

Signature