

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

*A remplir par le salarié en tant qu'assuré principal du régime frais de santé
des Organismes de Sécurité sociale*

Prénom :

Nom :

Adresse :

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 ou de revenu de
remplacement.

Je m'engage à informer mon organisme assureur de tout changement de
situation (*reprise d'activité..*) dans le mois qui suit l'évènement.

Par ailleurs, je prends note que toute fausse déclaration peut être utilisée à mon
encontre et que mon organisme assureur se réserve le droit de me réclamer
toutes pièces justificatives complémentaires.

Fait àle... /.../.....

Signature