

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

*A remplir par le salarié en tant qu'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 :

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 2017.

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 2017.

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 : 3922,80€ pour 2017.

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 (*reprise d'activité..*) dans le mois qui suit l'évènement.

Fait àle... /.../.....

Signature