

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 enfant à charge*

Prénom :

Nom :

Adresse :

Je soussigné (e) Monsieur, Madame
déclare sur l'honneur que :

Nom : Prénom :

Réside à mon domicile et ne perçoit pas annuellement des revenus professionnels ou de remplacement supérieurs à 10% du plafond annuel de la Sécurité sociale, soit : 3922,80€ pour 2017.

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

Fait àle... /.../.....

Signature