

ATTESTATION SUR L'HONNEUR QUALITE D'AYANT DROIT POUR LES CONCUBINS ET PACSES

le

N° INSEE :

() () () () () ()

NOM et PRENOM : **Date de naissance :**

Situation de famille : Célibataire Marié (e)
 Veuf (ve) Divorcé(e)

Adresse :

Travaillez-vous actuellement ? OUI NON **Depuis le**
(en France ou à l'Etranger)

Nature de votre activité Salariale Libérale Agricole
 Commerciale Artisanale Autre

Nom et Adresse de l'Employeur :

Etes-vous inscrit(e) personnellement au Registre du Commerce ou des Métiers ?

NON OUI

Si **OUI** : **Date :** **N° :** **Depuis le :**
Avez-vous travaillé dans le passé ? OUI NON

| Période d'activité | Employeur | Nature de l'activité exercée |
|--------------------|-----------|------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Est-ce pour cause de maladie que vous avez interrompu votre activité ? OUI NON

Percevez-vous ou avez-vous perçu des indemnités journalières ?
 OUI - Période du au NON

Avez-vous été placé(e) en position de congé non rémunéré autorisé par votre employeur ?
(disponibilité, congé sans traitement, etc...)
 OUI - Période du au NON

Etes-vous ou avez-vous été inscrit(e) à l'Agence Nationale Pour l'Emploi ?

OUI - Période du au
.....

NON

Percevez-vous ou avez-vous perçu des indemnités de chômage ou tout revenu en tenant lieu ?

OUI - Période du au
.....

NON

Etes-vous titulaire d'une pension ou d'une allocation ?

NON

OUI -

Nature exacte

.....

de cet avantage

Date d'effet

.....

Indiquez, le cas échéant, votre numéro national d'identité : () () () ()
() ()

Adresse de votre Caisse d'affiliation (actuelle ou ancienne) :
.....

Je certifie exacts et sincères les renseignements ci-dessus et déclare en outre sur l'honneur, habiter sous le toit de M..... - chez - avec - **(1)** qui je vis et être à sa charge effective, totale et permanente depuis le

Je m'engage à porter immédiatement à la connaissance de l'organisme d'assurance maladie destinataire de la présente attestation tout changement survenant dans la situation exposée ci-dessus.

Si aucun changement n'intervenait dans ladite situation, je renouvelerai la présente attestation au bout d'un an.

A

Le.....

SIGNATURE

Je soussigné(e) M.....
immatriculé(e) à la Sécurité Sociale sous le

N° () () () () () () confirme, sur l'honneur, la présente déclaration.

A

Le.....

SIGNATURE

N.B. : Est passible d'amende ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (Art. L.377 du Code de la Sécurité Sociale).