ATTESTATION SUR L’HONNEUR

Je soussigné(e)

NOM : ……………………………………………………………… Prénom : ………………………………………………………

Numéro de Sécurité Sociale : ………………………………………………………………………………/………………………….…

Atteste ne pas pouvoir fournir, à titre exceptionnel et ponctuel, mon dernier avis d’impôts à joindre à ma complémentaire santé solidaire pour la raison suivante :

Déclaration non effectuée Déclaration tardive

Je déclare avoir perçu pour l’année ……………… :

|  |  |
| --- | --- |
|  | Montant ressources perçues |
| Revenus de capitaux mobiliers (placements financiers)  |  |
| Revenus fonciers (loyers) |  |
| Revenus de travailleur indépendant(pour les personnes en début d’activité renseigner les revenus des 4 derniers trimestres civils précédant la demande.) | \* |
| \*Fournir si possible un justificatif comptable |

J’atteste sur l’honneur l’exactitude des informations portées ci-dessus.

Fait à  : ……………………………………………………………… le : ………………………………………………………

Signature :

La loi rend passible d’amende et/ou d’emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d’obtenir ou de tenter d’obtenir des avantages indus (art.313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivant du Code Pénal)

En outre, l’inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l’absence de déclaration d’un changement de situation dans le but d’obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l’objet d’une pénalité financière en application de l’article l.114-17.1 du Code de la Sécurité Sociale.

Toutes informations figurant sur cette déclaration sont destinées à votre organisme d’assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant à votre organisme d’assurance maladie.