ATTESTATION DE RESSOURCES

RELATIVE AU 1ER MOIS D'INVALIDITÉ

1 IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

Nom : .....

Prénom : .....

N°S.S. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

2 COORDONNÉES EN CAS DE BESOIN

Adresse : .....

.....

CP : ..... Ville : .....

Tél. : .....

Email : .....

3 DÉCLARATION SUR L'HONNEUR RELATIVE AU 1ER MOIS D'INVALIDITÉ

❑ **Je déclare avoir exercé une activité à temps partiel ou avoir bénéficié d'un maintien de salaire total ou partiel**
pendant la période du ..... au .....
Dans ce cas, joindre les bulletins de salaires correspondants

❑ **Je déclare avoir été indemnisé(e) au titre de l'Assurance Chômage**
pendant la période du ..... au .....
Dans ce cas, joindre les justificatifs de paiement du Pôle Emploi

❑ **Je déclare avoir perçu des indemnités journalières de sécurité sociale**
pendant la période du ..... au .....
Dans ce cas, joindre les décomptes de prestations correspondants, ainsi que les bulletins de salaires de la période

❑ **Je déclare avoir perçu une pension d'invalidité autre que celle versée par la Sécurité Sociale et les prestations Chorum**
pendant la période du ..... au .....
Dans ce cas, joindre les décomptes de prestations correspondants

❑ **Je déclare n'avoir exercé aucune activité rémunérée ni être indemnisé par le Pôle Emploi, à compter** du .....
et je m'engage à informer la Mutuelle CHORUM par écrit de toute modification de mes ressources.

Toute fausse déclaration ou réticence intentionnelle entraînera une demande de remboursement des prestations versées (Article L221-14 du Code de la Mutualité), sans préjudice d'éventuelles poursuites.

4

Fait à ..... le .....

Signature :

Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre dossier. Elles sont destinées à l'usage interne de la mutuelle. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition par simple courrier à l'adresse ci-dessous.

DGP - PI - Ressources 1er mois - Septembre 2018

Mutuelle CHORUM
Mutuelle soumise au livre II du code de la mutualité
et immatriculée au répertoire Sirène sous le n° 784 621 419
Siège social : 4-8 rue Gambetta - 92240 Malakoff
Gestionnaire pour le compte de(s) assureur(s)

Dossier complet à adresser à :

CHORUM GESTION
TSA 40 000 - 92 245 Malakoff Cedex