

SERVICE AFFILIATION

Nos réf. :

Dossier suivi par :

Vos réf. :

OBJET : Carte VITALE

**DECLARATION SUR L'HONNEUR
(à remplir par l'assuré)**

Nom de l'assuré(e) :

Prénoms de l'assuré(e) :

N° de Sécurité Sociale :

Adresse :

.....

Nom du bénéficiaire :

Prénoms du bénéficiaire :

Date de naissance :

Adresse si différente de l'assuré :

.....

Après avoir pris connaissance de l'article L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale,

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur :

avoir égaré ou perdu ma carte VITALE délivrée par la CPAM de _____

avoir égaré ou perdu mon attestation de carte VITALE

n'avoir jamais reçu de carte VITALE

ma carte VITALE m'a été volée

A _____, le _____

Signature de l'assuré

Signature du bénéficiaire

« La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme de sécurité sociale ». La loi rend passible d'une amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou fausse déclaration (Article L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale et 441-1 du Code Pénal).