

ATTESTATION SUR L'HONNEUR POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES

à compléter obligatoirement par l'assuré(e)

Numéro de sécurité sociale / / / / / / / / / /

Je soussigné(e)

Mme M. _____

déclare sur l'honneur

❶ **Que mon dernier jour de travail réellement travaillé est le** / / / /

❷ Etre en arrêt de travail au titre (*cochez la case concernée*)

d'un arrêt maladie du / / / /

d'un congé de maternité

d'un congé de paternité

❸ Avoir / / employeur(s) (*précisez le nombre*)

Situation au moment de l'arrêt de travail (*cochez la ou les cases concernées*)

Indemnisation par Pôle emploi

Pensionné(e) vieillesse

Autre situation (*à préciser*) _____

Je m'engage à vous signaler tout changement intervenu dans ma situation après la transmission de la présente attestation et à cesser toute activité professionnelle pendant la durée de mon arrêt de travail chez l'ensemble de mes employeurs.

Fait le / / / /, à _____

Signature de l'assuré :

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations
(article L114-13 du Code de la Sécurité Sociale)