

DOSSIER FFCT n° :

**ABSENCE DE MUTUELLE OU ASSURANCE SANTE**  
**COMPLEMENTAIRE**

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné (Nom, prénom, adresse) :

.....  
.....  
.....  
.....

Atteste n'avoir souscrit aucun contrat d'assurance santé (mutuelle ou complémentaire santé) susceptible d'intervenir en complément des prestations versées par la sécurité sociale.

Pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à : ..... Le : .....

Nom-Prénom : ..... Signature : .....

A renvoyer à [ffct@cabinet-gomis-garrigues.fr](mailto:ffct@cabinet-gomis-garrigues.fr) – Amplitude Assurances 17 Bvd de la GARE 31500  
TOULOUSE