



DEMANDE DE PRESTATIONS MÉDICALES CONJOINT(E) / PARTENAIRE (à souscrire par l'assuré)

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ(E)

Nom d'usage et Prénom : _____
 Nom de naissance : _____
 Adresse : _____
 Situation de famille ⁽¹⁾ : marié(e) le _____ contrat de vie commune (CVC)
 divorcé(e) le _____ le _____
 séparé(e) le _____ PACS ou autre contrat étranger
 le _____
 Exercez-vous une activité professionnelle en dehors de Monaco ? oui non
 Si oui, indiquer le type d'activité et le pays dans lequel elle a lieu ⁽²⁾ _____

Matricule(s) :
 C.C.S.S. ou C.A.M.T.I. : _____

 N° Sécurité Sociale Française pour
 coordination FM : _____

IDENTIFICATION DU CONJOINT/ PARTENAIRE

Nom d'usage et Prénom : _____
 Nom de naissance : _____
 Date de naissance : _____
 Adresse : _____

 Dernier Organisme ayant pris en charge des prestations médicales ⁽³⁾

Matricule(s) :
 C.C.S.S. : _____
 C.A.M.T.I. : _____
 S.P.M.E. : _____
 N° Sécurité Sociale Française pour
 coordination FM : _____

ACTIVITÉ DU CONJOINT / PARTENAIRE

Le conjoint(e) / partenaire exerce-t-il une activité professionnelle salariée ? ⁽⁴⁾ oui / non
 Le conjoint(e) / partenaire exerce-t-il une activité de travailleur indépendant ou profession libérale? ⁽⁵⁾ oui / non
 Si oui, préciser le type d'activité ⁽²⁾ et le pays dans lequel elle a lieu _____
 Sinon, indiquer la dernière activité : _____
 Date de cessation de cette activité : _____ Motif de la cessation : _____

INDEMNISATION DU CONJOINT / PARTENAIRE

Le conjoint(e) / partenaire perçoit-il une indemnisation/pension/rente pour ⁽⁶⁾ :
Organisme depuis le :

- Chômage	oui	/	non	_____	_____
- Invalidité	oui	/	non	_____	_____
- Accident du travail	oui	/	non	_____	_____
- Retraite	oui	/	non	_____	_____
- Autres cas (à préciser)	oui	/	non	_____	_____

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à vous informer sans délai de tout changement intervenant après cette demande. J'ai bien noté que toute information erronée ou l'oubli de déclarer tout changement de situation peut entraîner la demande de remboursement des soins payés à tort.

Monaco, le _____

Signature de l'assuré(e)



ATTESTATION COMPLÉMENTAIRE À COMPLÉTER PAR LE CONJOINT /PARTENAIRE FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE

Je soussigné(e), _____

demeurant à _____

titulaire de la carte d'identité / carte de séjour (joindre la copie) n° _____

délivrée à _____ valable jusqu'au _____

déclare sur l'honneur :

- que je n'exerce aucune activité professionnelle, commerciale, artisanale ou libérale,
- que je ne suis pas titulaire d'une pension de retraite,
- que je ne bénéficie d'aucune allocation chômage versée par France Travail ou selon un autre mécanisme,
- que je ne bénéficie d'aucune pension d'invalidité,
- que je ne bénéficie d'aucune rente accident de travail.

Je m'engage à informer, sans délai, les Caisses Sociales de Monaco :

- de toute reprise d'activité professionnelle, commerciale, artisanale ou libérale,
- de l'attribution d'une pension de retraite ou indemnisation quelconque m'ouvrant droit en France, à Monaco ou à l'étranger aux prestations en nature de l'assurance maladie.

Fait à _____ le _____

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

IMPORTANT

Tout accord d'affiliation du conjoint / partenaire sera délivré pour une durée maximale d'une année au terme de laquelle une nouvelle demande devra être présentée par l'assuré ouvrant droit.

Toute information erronée ou l'oubli de déclarer tout changement de situation peut entraîner la demande de remboursement des soins payés à tort.

TOUT DOSSIER INCOMPLET VOUS SERA RETOURNÉ

DOCUMENTS À JOINDRE

- (1) copie de l'acte de mariage, attestation de séparation ou jugement de divorce
CVC ou résiliation de CVC : attestation établie par le Greffe Général de Monaco
PACS ou résiliation de PACS : acte de naissance avec mentions marginales
justificatif de contrat civil étranger
- (2) justificatif d'activité
- (3) attestation de droit actualisée ou attestation de situation
- (4) copie des bulletins de salaire
- (5) copie de l'extrait du K-bis, RCI etc.
- (6) justificatif d'attribution ou de versement

NB : Tout document en langue étrangère doit être traduit en français.