



## 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 <sup>(1)</sup> : 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 <sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_

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 <sup>(3)</sup>  
 \_\_\_\_\_

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 ? <sup>(4)</sup>      oui      /      non  
 Le conjoint(e) / partenaire exerce-t-il une activité de travailleur indépendant ou profession libérale? <sup>(5)</sup>      oui      /      non  
 Si oui, préciser le type d'activité <sup>(2)</sup> 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 <sup>(6)</sup> :  
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 Pôle Emploi 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.