

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Identification de l'assuré/e ou de l'allocataire	☐ Madame/Mademoiselle ☐ Monsieur :		Matricule SPME : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	Nom (1) : _____		Prénom : _____
	Nom d'usage : _____		Nationalité : _____
	Date de naissance : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Lieu : _____
	Adresse : _____		
	Ville : _____		Pays : _____
Email : _____		Téléphone : _____	
<i>(1) Nom de jeune fille pour les dames</i>			

Atteste sur l'honneur	- Éléments relatifs aux revenus :		
	☐ Ne percevoir aucune pension alimentaire.		
	☐ Ne percevoir aucune pension de retraite, autre que celle versée par le Gouvernement Princier.		
	☐ Ne percevoir aucune allocation chômage versée par Pôle Emploi.		
	☐ Ne percevoir aucune allocation familiale versée par un autre organisme que le SPME.		
- Éléments relatifs aux frais :			
☐ Ne verser aucune pension alimentaire.			

Situation	☐ Marié/e	☐ vivant maritalement	☐ Célibataire	Depuis le : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
-----------	----------------------------------	--	--------------------------------------	----------------------------------

Identification de l'autre membre du couple	Nom (1) : _____		Prénom : _____
	Nom d'usage : _____		Nationalité : _____
	Date de naissance : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Lieu : _____
	Caisse d'assurance maladie : _____		Matricule : _____
	Adresse : _____		
	Ville : _____		Pays : _____
Email : _____		Téléphone : _____	

Atteste sur l'honneur	☐ NE PAS EXERCER D'ACTIVITE		
	☐ EXERCER UNE ACTIVITE EN FRANCE		
	☐ EXERCER UNE ACTIVITE A MONACO		
	☐ SPME ☐ CCSS ☐ CAMTI		
	Matricule : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
	- Éléments relatifs aux revenus :		
☐ Ne percevoir aucune pension alimentaire.			
☐ Ne percevoir aucune pension de retraite, autre que celle versée par le Gouvernement Princier.			
☐ Ne percevoir aucune allocation chômage versée par Pôle Emploi.			
☐ Ne percevoir aucune allocation familiale versée par un autre organisme que le SPME.			
- Éléments relatifs aux frais :			
☐ Ne verser aucune pension alimentaire.			

Demande	☐ A bénéficier des droits à l'assurance maladie en qualité d'ayant droit. <i>(Uniquement en cas de mariage et de non droit à un quelconque régime d'assurance maladie)</i>
---------	--

Monaco, le _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Signature de l'assuré/e ou de l'allocataire	Signature de l'autre membre du couple

En vertu des dispositions de la Loi n°1165 du 23 décembre 1993 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant. Pour plus d'informations sur les traitements mis en œuvre, vous pouvez consulter la rubrique « protection des données nominatives » de la page : <https://service-public-particuliers.gouv.mc/Relations-avec-l-Administration/Protection-des-droits-et-Mediation>