

DECLARATION DE SEPARATION DE FAIT / DE FIN DE VIE MARITALE

Nous soussignés :	
Identification de l'assuré/e ou de l'allocataire	<input type="checkbox"/> Madame/Mademoiselle <input type="checkbox"/> 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>	
Identification de l'autre membre du couple	Nom (1) : _____ Prénom : _____
	Nom d'usage : _____ Nationalité : _____
	Date de naissance : _ _ _ _ _ _ _ _ _ Lieu : _____
	Adresse : _____
	Ville : _____ Pays : _____
	Email : _____ Téléphone : _____
SI L'AUTRE MEMBRE DU COUPLE EXERCE OU A EXERCE UNE ACTIVITE A MONACO	
Matricule : _ _ _ _ _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> SPME <input type="checkbox"/> CCSS <input type="checkbox"/> CAR <input type="checkbox"/> CAMTI <input type="checkbox"/> CARTI	

Certifions sur l'honneur :
Etre séparés de fait depuis le : _ _ _ _ _ _ _ _ _
Qu'une procédure judiciaire est (cocher la case correspondante) :
<ul style="list-style-type: none"> ● en cours <input type="checkbox"/> oui (joindre si possible l'ordonnance de non-conciliation) <input type="checkbox"/> non ● envisagée <input type="checkbox"/> oui (joindre dès que possible l'ordonnance de non-conciliation) <input type="checkbox"/> non

Que notre/nos enfant/s est/sont domicilié/s				
Nom et prénom	Date de naissance	Nationalité	Domicilié/s chez le/la	En garde
			<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> pleine <input type="checkbox"/> alternée
			<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> pleine <input type="checkbox"/> alternée
			<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> pleine <input type="checkbox"/> alternée
			<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> pleine <input type="checkbox"/> alternée
			<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> pleine <input type="checkbox"/> alternée
			<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> pleine <input type="checkbox"/> alternée

Le _ _ _ _ _ _ _ _ _	
<p>IMPORTANT : La présente déclaration doit être impérativement cosignée par les membres du couple et adressée au SPME. Aucune déclaration incomplète, illisible ou non signée ne sera acceptée.</p>	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>