



DECLARATION CONFIDENTIELLE

En vue de l'application de l'article 72 du Statut et notamment du paragraphe 4, ainsi que des articles 12-17 et 22 de la Réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes.

<input type="checkbox"/> NOUVEL AFFILIE	<input type="checkbox"/> CHANGEMENT	A dater du:
---	-------------------------------------	-------------

Institution/Agence/Ecole: N° personnel/ou de pension:.....

Nom:..... Prénom:.....

Date de naissance:..... Genre: M F

Nationalité:..... Langue maternelle:.....

Lien statutaire:..... Catégorie:..... Grade:.....

Date d'entrée en service (ou d'admission à la pension)/début du détachement:.....

Adresse administrative:

Adresse privée:

E-mail privé / n° de téléphone mobile :

Fin de contrat/ détachement:

Contacts après la fin du service/fin du détachement:.....

.....

.....

Etat civil: célibataire marié(e) partenariat reconnu
 veuf(ve) divorcé(e) séparé(e) légalement

Date du mariage/divorce ou début/fin du partenariat:

INFORMATIONS CONCERNANT LE CONJOINT / PARTENAIRE RECONNU* / AUTRE PARENT SI CELIBATAIRE AVEC ENFANT(S)					
---	--	--	--	--	--

Nom	Prénom officiel	Date de naissance	Nationalité	Genre	Lieu de résidence

* A noter, dans ce document le terme "conjoint" inclut aussi le "partenaire reconnu", comme défini dans l'article 72 du Statut

Votre conjoint est-il/elle employé de l'UE?
Si oui, n° de personnel du conjoint:.....

Si non, exerce-t-il/elle une activité professionnelle ?
OUI Depuis quelle date ?

NON Depuis quelle date?.....

Salarié(e) Indépendant(e) autre (à préciser)

Nom et adresse de l'employeur actuel:.....
.....

Votre conjoint, perçoit-il/elle une pension ou tout autre revenu provenant d'une activité professionnelle antérieure?
Par exemple : Pension d'ancienneté, de survie, d'invalidité, allocation de chômage, indemnité maternité, congé parental, longue maladie, handicap, ou autre (prière de préciser)

OUI NON

Si vous avez répondu "OUI" à une des deux questions précédentes:

- Quel est le montant de ses revenus annuels, d'origine professionnelle, avant déduction de l'impôt, à l'exclusion des allocations, indemnités pour frais et cotisations sociales ⁽¹⁾:.....
- **Si votre conjoint désire bénéficier du régime complémentaire RCAM, veuillez svp inclure une copie complète de la plus récente déclaration d'impôts officielle pour les revenus d'origine professionnelle ou, en l'absence de ce certificat, une déclaration de revenus détaillée de l'année précédente délivrée par l'employeur.**

Le conjoint peut-il être couvert contre les risques de maladie par un régime légal ou réglementaire autre que celui des C.E.?

OUI NON

Si oui, nom et adresse de l'organisme:

ENFANTS A CHARGE au sens de l'article 2, paragraphes 1, 2, 3 et 5, de l'annexe VII du statut.

Nom	Prénom officiel	Date de naissance	Nationalité	Genre	Lieu de résidence

Cet/ces enfant(s) peut-il/peuvent-ils être couvert(s) par un régime d'assurance-maladie autre que RCAM ?

OUI NON

Si non, veuillez svp fournir une déclaration du régime d'assurance, confirmant la raison du refus de couverture et la période.

Si oui, veuillez indiquer le nom et adresse du régime d'assurance.....

.....

Cette couverture primaire peut-elle se faire sans versement de cotisations supplémentaires ? OUI NON

Si non, prière de joindre une attestation de l'organisme justifiant ces contributions supplémentaires

PERSONNES ASSIMILEES AUX ENFANTS A CHARGE
au sens de l'article 2, paragraphe 4, de l'annexe VII du statut. (svp joindre copie de la décision de l'A.I.P.N.)

Nom	Prénom officiel	Date de naissance	Nationalité	Genre	Lieu de résidence

Cette/ces personne(s) peut-elle/peuvent-elles être couverte(s) contre les risques de maladie par un régime légal ou réglementaire au sens de l'article 17 de la Réglementation? OUI NON

Je m'engage à signaler immédiatement par écrit, tout changement dans les données des pages précédentes (changement d'état civil, composition de la famille, démission, chômage, reprise d'une activité professionnelle par le conjoint, majoration du revenu annuel du conjoint, etc.) et à présenter tout document attestant le changement déclaré.

Je confirme que mon conjoint/partenaire est d'accord sur l'usage qui sera fait par l'Equipe Droits d'Affiliation RCAM du document relatif à ses revenus, pour déterminer s'il remplit les conditions pour pouvoir bénéficier d'une couverture RCAM.

Je certifie sincère et véritable (article 34 "fraude" de la Réglementation Commune de l'assurance maladie).

Lieu:.....**Date:**.....**Signature:**.....