



DEMANDE DE RECONNAISSANCE D'UN PARTENARIAT NON MATRIMONIAL

Je soussigné/e NOM: PRÉNOM:

N° PERS/PENS.: SEXE: DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE PRIVÉE:

sollicite par la présente la reconnaissance de mon partenariat non matrimonial avec

NOM : PRÉNOM :

N° PERS. (LE CAS ECHÉANT) : SEXE: DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE PRIVÉE:

Le partenariat est attesté par le document officiel suivant :

Délivré par :(nom de l'autorité publique)

le:(date)

à:(lieu, pays)

Veillez joindre à ce formulaire une copie du document justificatif de votre partenariat, copie de la carte d'identité/passeport de votre partenaire ; preuve de son état civil ; la preuve de vous et votre partenaire ne sont pas apparentés; ainsi que la déclaration confidentielle pour la couverture assurance maladie de votre partenaire, le cas échéant.

Je déclare que je remplis les conditions suivantes énumérées à l'article 1, paragraphe 2c de l'annexe VII du Statut (veuillez cocher les cases appropriées) :

- ⇒ Je dispose d'un document officiel (que je joins à ma demande) reconnu comme tel par un Etat membre ou par toute autorité compétente d'un Etat membre, attestant notre statut de partenaires non matrimoniaux;
- ⇒ Je déclare ne pas être marié ou engagé dans un autre partenariat non matrimonial;
- ⇒ Je déclare n'avoir aucun des liens de parenté suivants avec mon/ma partenaire: parents, parents et enfants, grands-parents et petits-enfants, frères et soeurs, tantes, oncles, neveux, nièces, gendres et belles-filles.

Je m'engage à informer l'Administration immédiatement et par écrit si le partenariat prend fin.

SIGNATURE: DATE ET LIEU:

Demande de reconnaissance partielle

La reconnaissance partielle, à titre de l'article 72§1 du Statut, donne droit à votre partenaire d'être considéré comme un conjoint dans les deux domaines suivants :

- a) couverture assurance maladie par le RCAM
- b) congés spéciaux

Afin que votre partenariat puisse être reconnu, il y a lieu de présenter les documents suivants à l'équipe "Droits d'affiliation" de votre bureau liquidateur :

- Le formulaire de demande de reconnaissance d'un partenariat non matrimonial complété et signé ;
- Tout document apportant la preuve de votre partenariat enregistré
- une preuve de l'état civil de votre partenaire (que ce soit célibataire/divorcé/veuf) ;
- une preuve qu'il n'y a pas de lien de parenté entre vous et votre partenaire ;
- une copie recto-verso de sa carte d'identité ou de son passeport.

Si vous sollicitez la couverture assurance maladie du RCAM :

- la "déclaration confidentielle" (disponible sur notre site) ;
- la preuve des revenus professionnels annuels imposables de votre partenaire. Nous n'acceptons que le dernier document fiscal émanant du Ministère compétente.

Pour toute question, veuillez nous contacter via le lien suivant :

<https://ec.europa.eu/pmo/contact/fr>