



THIS DOCUMENT IS ONLY THE TRANSLATION, THE FORM MUST BE FILLED AND SIGNED IN FRENCH VERSION (SEE BELOW)

REQUEST FOR PAYMENT OF BENEFITS BY BANK TRANSFERT

C.S.M. Registration Number:

Sir,

I the undersigned (*name and first name*):

Date of birth: Maiden name:

Address:

.....

authorise the Caisses Sociales de Monaco to perform all transactions to transfer benefits.

Relating to me

Signature of the insured

Relating to me
and my spouse

Signature of the insured

Signature of the spouse

Relating only to my
claiming spouse

Signature of the spouse

to the bank or postal account indicated on the attached statement.

Done in on

Signature of the insured

Mandatory attachments :

- An **original** bank or postal account statement including the relevant IBAN and BIC in your surname and first name and **bearing your signature**,
- A copy of both sides of your National Identity card.



DEMANDE DE VERSEMENT DE PRESTATIONS PAR VIREMENT

Numéro d'immatriculation aux C.S.M. :

Monsieur,

Je soussigné(e) (*nom et prénom*) :

né(e) le Nom de naissance :

demeurant à (*adresse complète*)

autorise les Caisses Sociales de Monaco à effectuer toutes les opérations de virement de prestations.

Me concernant

Signature de l'assuré(e)

Me concernant ainsi que
mon conjoint

Signature de l'assuré(e)

Signature du conjoint

Ne concernant que
mon conjoint allocataire

Signature du conjoint

au compte bancaire ou postal indiqué sur le relevé ci-joint.

Fait à le

Signature de l'assuré(e)

Pièces à joindre **OBLIGATOIREMENT** à votre demande :

- un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal **original** comportant l'IBAN et le BIC à votre nom et prénom, **revêtu de votre signature**,
- la copie recto-verso de votre Carte Nationale d'Identité.