

Important : merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.

1. Votre identité

Votre n° de sécurité sociale

Madame Monsieur

Votre nom de famille (nom de naissance) :

Votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu ; ex. : nom du ou de la conjointe) :

Vos prénoms (soulignez votre prénom usuel) :

Votre date de naissance Votre nationalité :

Commune de naissance :
(indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)

Département de naissance : Pays de naissance :

2. Vos coordonnées

Votre adresse :

Complément d'adresse (bât, esc. étage, lieu-dit) :

Code postal

Commune :

Pays :

Votre adresse mail :

Votre téléphone

3. Votre situation de famille actuelle

célibataire marié pacsé en concubinage divorcé séparé veuf
depuis le depuis le

Conjoint porté disparu depuis le :

4. Votre conjoint, ou ex-conjoint décédé ou disparu

Son n° de sécurité sociale

Madame Monsieur

Son nom de famille (nom de naissance) :

Son nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu ; ex. : nom du ou de la conjointe) :

Ses prénoms (soulignez le prénom usuel) :

Sa date de naissance Sa nationalité :

Commune de naissance :
(indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)

Département de naissance : Pays de naissance :

5. Votre conjoint, votre partenaire pacsé ou votre concubin actuel

Son n° de sécurité sociale

Madame Monsieur

Son nom de famille (nom de naissance) :

Son nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu ; ex. : nom du ou de la conjointe) :

Ses prénoms (soulignez le prénom usuel) :

Sa date de naissance Sa nationalité :

Commune de naissance :

(indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)

Département de naissance : Pays de naissance :

6. Vos enfants et ceux que vous avez élevés*

Mentionnez tous les enfants : les vôtres, ceux de votre conjoint, ou de votre(vos) précédent(s) conjoint(s), les enfants recueillis, adoptés y compris les enfants mort-nés ou décédés. Si vous n'avez pas assez de place dans le tableau, complétez cette liste sur une feuille blanche que vous joindrez à cette demande.

Nom de famille	Prénom	Lien de parenté	Date de naissance	Nombre d'années de prise en charge jusqu'au 16 ^e anniversaire
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. Vous avez actuellement des enfants à charge*

Nom de famille	Prénom	Lien de parenté	Date de naissance	Percevez-vous des prestations d'orphelin servies par un régime de retraite de base ?
.....	<input type="text"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Réservé au conseiller retraite

1^{er} intervention le

demande délivrée le réception le

Je soussigné certifie avoir vérifié à l'aide des pièces justificatives valables que le demandeur m'a présentées, la conformité des renseignements fournis sur sa nationalité, son état civil, celui de son conjoint, de son partenaire de pacs ou de son concubin celui des (nombre en toutes lettres)..... enfants mentionnés ci-dessus.

Signature du conseiller retraite :

Fait le

Cachet de l'organisme :

Votre conjoint ou ex-conjoint décédé a-t-il exercé une activité professionnelle dans d'autres pays que la France ?
..... oui non

Période dans ce pays : de [] à []
annéé annéé

Activité exercée :

Lieu de l'emploi :

Pays :

Votre n° de cotisant :

Période dans ce pays : de [] à []
annéé annéé

Activité exercée :

Lieu de l'emploi :

Pays :

Votre n° de cotisant :

11. Vos dépenses de santé sont-elles prises en charge par un organisme de sécurité sociale d'un pays autre que la France ? oui non

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

Je m'engage : - à faciliter toute enquête pour les vérifier ;
- à vous faire connaître immédiatement toute modification de ma situation.

Je reconnais être informé qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L. 114-19 à L. 114-21 du code de la sécurité sociale.

Fait à : le []

Votre signature :


La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 à 441-9 du code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement ou non de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale.

Vous venez de remplir votre demande de retraite de base de réversion. Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement transmettre les pièces justificatives détaillées sur la notice.

Avant de compléter votre déclaration, lisez attentivement les informations figurant en première page.


Vous devez déclarer vos revenus personnels perçus en France et/ou dans un autre pays et si vous vivez en couple (suite à remariage, concubinage, pacs), les revenus de votre conjoint actuel ou concubin ou partenaire pacsé perçus en France et/ou dans un autre pays.

VOUS			VOTRE CONJOINT ACTUEL		
Mois de	Mois de	Mois de	Mois de	Mois de	Mois de

1 - Salaires et gains assimilés (inscrivez le montant brut des revenus)

..... € € € € € €
..... € € € € € €
..... € € € € € €

2 - Revenus professionnels des non salariés (montant annuel retenu par l'administration fiscale)

..... € € € € € €
..... € € € € € €
..... € € € € € €

3 - Indemnités maladie

..... € € € € € €
..... € € € € € €
..... € € € € € €

4 - Allocations chômage

..... € € € € € €
..... € € € € € €
..... € € € € € €

5 - Retraites de réversion de base

..... € € € € € €
..... € € € € € €
..... € € € € € €

Indiquez les noms et adresses des organismes servant la/les prestations ainsi que la/les références :

.....

.....

N'oubliez pas de préciser le nom du conjoint décédé vous ouvrant droit à la retraite de réversion.

VOUS		
Mois de	Mois de	Mois de

VOTRE CONJOINT ACTUEL		
Mois de	Mois de	Mois de

6 - Retraites de réversion complémentaires

..... € € € € € €
..... € € € € € €
..... € € € € € €

Indiquez les noms et adresses des organismes servant la/les prestations ainsi que la/les références :

N'oubliez pas de préciser le nom du conjoint décédé vous ouvrant droit à la retraite de réversion.

7 - Pensions, retraites, rente, retraite complémentaires personnelles

..... € € € € € €
..... € € € € € €
..... € € € € € €

Indiquez les noms et adresses des organismes servant la/les prestations ainsi que la/les références :

8 - Allocations

..... € € € € € €
..... € € € € € €
..... € € € € € €

Indiquez les noms et adresses des organismes servant la/les prestations ainsi que la/les références :

9 - Autres revenus

..... € € € € € €
..... € € € € € €
..... € € € € € €

Indiquez les noms et adresses des organismes servant la/les prestations ainsi que la/les références :

Vos biens et, si vous vivez de nouveau en couple, les biens de votre conjoint actuel ou partenaire pacsé ou concubin

10 - Biens immobiliers : maisons, appartements, terrains

Précisez s'il y a lieu indivis, nue-propiété ou usufruit : maisons, appartements, terrains, commerces, etc. à l'exclusion de votre habitation principale et des bâtiments d'exploitation agricole.

Précisez la nature du bien déclaré	Valeur actuelle
Personnels (adresse de chaque bien déclaré) €
Communs au ménage actuel (adresse de chaque bien déclaré) €
De votre conjoint actuel, concubin, partenaire pacsé (adresse de chaque bien déclaré) €

Habitez-vous la maison dont vous ou votre conjoint actuel, concubin, partenaire pacsé êtes propriétaire ? **oui** **non**

Une partie de cette maison est-elle louée ? **oui** **non**

Si **oui**, valeur de la partie louée €

■ Biens dont vous et/ou votre conjoint actuel, concubin, partenaire pacsé avez fait donation depuis moins de 10 ans.

Qui est le donateur ?

Vous-même

Votre conjoint actuel, concubin, partenaire pacsé

Vous et votre conjoint actuel

	Valeur actuelle
Maison, appartement, terrain* (adresse de chaque bien déclaré) €

Date de l'acte de donation | | | | | | | | | |

Lien de parenté avec le bénéficiaire de la donation :

11 - Biens mobiliers : titres, actions, obligations, capitaux d'assurance

Précisez la nature du bien déclaré	Valeur actuelle
Personnels €
Communs au ménage actuel €
De votre conjoint actuel, concubin, partenaire pacsé €

■ Biens dont vous et/ou votre conjoint actuel, concubin, partenaire pacsé avez fait donation depuis moins de 10 ans.

Qui est le donateur ?

Vous-même

Votre conjoint actuel, concubin, partenaire pacsé

Vous et votre conjoint actuel

	Valeur actuelle
Titres actions obligations capitaux d'assurance* €
Autres biens mobiliers	

Date de l'acte de donation | | | | | | | | | |

Lien de parenté avec le bénéficiaire de la donation :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

Je m'engage : - à faciliter toute enquête pour les vérifier ;

- à vous faire connaître immédiatement toute modification de ma situation.

Je reconnais être informé qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L. 114-19 à L. 114-21 du code de la sécurité sociale.

Fait à : le | | | | | | | | | |

Votre signature :

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 à 441-9 du code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti ou non au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale.

*Rayez les mentions inutiles