

**Important : merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.****▶ Vous-même****Madame**  **Monsieur** **Votre nom** (de naissance) : .....**Votre nom d'époux ou d'épouse** (s'il y a lieu) : .....**Si vous portez un autre nom, indiquez le** : .....**Vos prénoms** (soulignez votre prénom courant) : .....**Votre date de naissance** : | | | | | | | | | | **Votre nationalité** : .....**Commune de naissance** : ..... **Département** : ..... **Pays** : .....  
(indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)**Téléphone** (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) : | | | | | | | | | |**Votre adresse** : .....**Code postal** : | | | | | **Commune** : ..... **Pays** : .....**Votre n° de Sécurité sociale ou de Mutualité Sociale Agricole** : | | | | | | | | | | | | | | | | | |**Votre n° RSI COMMERÇANT** : | | | | | | | | | | **Votre n° RSI ARTISAN** : | | | | | | | | | |**Vous ou vos caisses de profession libérale** : ..... **n°(s)** : .....**▶ Votre situation de famille actuelle****Veuf(ve) le** | | | | | | | | | | **Séparé(e) le** | | | | | | | | | | **Divorcé(e) le** | | | | | | | | | |**Vous conjoint(e) est porté(e) disparu(e) depuis le** | | | | | | | | | |**Vous êtes remarié(e) depuis le** | | | | | | | | | | **Vous vivez en concubinage depuis le** | | | | | | | | | |**Vous avez conclu un PACS depuis le** | | | | | | | | | |**▶ Votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e), décédé(e) ou disparu(e)****Cette rubrique concerne** : votre conjoint(e) décédé(e), si vous êtes veuf(ve)  
Votre ex-conjoint(e) décédé(e), si vous êtes divorcé(e) ou remarié(e)**Son nom** (de naissance) : ..... **Son nom d'époux ou d'épouse** : .....**Ses prénoms** (soulignez son prénom courant) : .....**Sa date de naissance** : | | | | | | | | | | **Sa nationalité** : .....**Commune de naissance** : ..... **Département** : ..... **Pays** : .....  
(indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)**Date de mariage** : | | | | | | | | | | **Sa date de décès ou de disparition** : | | | | | | | | | |**Son n° de Sécurité sociale ou de Mutualité Sociale Agricole** : | | | | | | | | | | | | | | | | | |**Son n° RSI COMMERÇANT** : | | | | | | | | | | **Son n° RSI ARTISAN** : | | | | | | | | | |**Sa ou ses caisses de profession libérale** : ..... **n°(s)** : .....**▶ Votre conjoint(e) actuel(le) ou partenaire PACS ou concubin(e)****Son nom** (de naissance) : ..... **Son nom d'époux ou d'épouse** : .....**Ses prénoms** (soulignez son prénom courant) : .....**Sa date de naissance** : | | | | | | | | | | **Sa nationalité** : .....**Commune de naissance** : ..... **Département** : ..... **Pays** : .....  
(indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)**Son n° de Sécurité sociale ou de Mutualité Sociale Agricole** : | | | | | | | | | | | | | | | | | |**Son n° RSI COMMERÇANT** : | | | | | | | | | | **Son n° RSI ARTISAN** : | | | | | | | | | |**Son nom** (de naissance) : .....**Sa ou ses caisses de profession libérale** : ..... **n°(s)** : .....

### ▶ Vos enfants et ceux que vous avez élevés

**Mentionnez tous les enfants :** les vôtres, ceux de votre conjoint(e) ou de votre (vos) précédent(s) conjoint(s), les enfants recueillis, adoptés y compris les enfants mort-nés ou décédés.

**Indiquez pour chaque enfant :** la (les) période(s) durant laquelle (lesquelles) vous l'avez élevé depuis sa naissance ou sa date d'adoption ou sa prise en charge effective jusqu'à son 16ème anniversaire.

Nom de naissance de l'enfant*	Prénom	Lien de parenté	Date de naissance	Date de décès	Période durant laquelle vous avez élevé cet enfant jusqu'à 16 ans
					du                      au
					du                      au
					du                      au
					du                      au
					du                      au
					du                      au
					du                      au

\* Si vous manquez de place, complétez cette liste sur une feuille blanche que vous joindrez à cette demande.

### ▶ Vous avez actuellement des enfants à charge

Une majoration peut vous être versée sous certaines conditions.

Percevez-vous des prestations d'orphelin servies par un régime de retraite de base ?

Nom de naissance de l'enfant*	Prénom	Date de naissance	Oui	Non

\* Si vous manquez de place, complétez cette liste sur une feuille blanche que vous joindrez à cette demande.

### ▶ Votre conjoint(e) décédé(e) a élevé un ou plusieurs enfants atteints d'une incapacité d'au moins 80 %

donnant droit à l'une des allocations suivantes :

- L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et son complément, l'allocation d'éducation spéciale et son complément, l'allocation spéciale aux mineurs grands infirmes, l'allocation des mineurs handicapés ..... **oui**  **non**
- Si oui, précisez l'allocation dont il s'agit : .....
- Votre conjoint décédé a-t-il perçu personnellement cette allocation ? ..... **oui**  **non**

**► L'activité en France et/ou à l'étranger de votre conjoint(e), ou ex-conjoint(e) décédé(e) ou disparu(e)** Complétez selon la situation.

Précisez l'activité de votre conjoint et si possible les années de début et de fin d'activité dans chaque régime	Nom et adresse de la dernière caisse à laquelle il était inscrit	N° de cotisant	Votre conjoint percevait ou avait demandé sa retraite
			Oui      N° de retraite
<p>➤ <b>salarié(e) du régime général</b></p> <p>de           à          </p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>          .....</p>	<p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> .....</p>
<p>➤ <b>salarié(e) agricole</b></p> <p>de           à          </p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>          .....</p>	<p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> .....</p>
<p>➤ <b>non salarié(e) agricole</b></p> <p>de           à          </p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>          .....</p>	<p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> .....</p>
<p>➤ <b>artisan(e)</b></p> <p>de           à          </p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>          .....</p>	<p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> .....</p>
<p>➤ <b>commerçant(e)</b></p> <p>de           à          </p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>          .....</p>	<p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> .....</p>
<p>➤ <b>profession(s) libérale(s)</b></p> <p>de           à          </p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>          .....</p>	<p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> .....</p>
<p>➤ <b>membres des cultes</b></p> <p>de           à          </p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>          .....</p>	<p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> .....</p>
<p>➤ <b>autres régimes français</b> (SNCF, fonctionnaires, etc.)</p> <p>de           à          </p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>          .....</p>	<p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> .....</p>
<p>➤ <b>régimes étrangers</b></p> <p>de           à          </p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>          .....</p>	<p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> .....</p>

**▶ Votre demande**

**Indiquez les régimes auprès desquels vous souhaitez obtenir votre retraite de réversion en cochant la ou les cases correspondant à votre choix.**

Régime général de sécurité sociale	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Régime des artisans	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Régime des salariés agricoles	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Régime des commerçants	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Régime des non-salariés agricoles	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Régime de base des professions libérales (sauf avocats)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Régime des cultes	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

A quelle date souhaitez-vous fixer le point de départ de votre retraite de réversion ? : 01 |\_\_| |\_\_\_\_|

**Vos dépenses de santé sont-elles prises en charge par un organisme de sécurité sociale étranger ?**

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 part de toute modification de ma situation.

**Fait à** .....

**Le** .....

Votre signature :

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de déclarations inexactes ou incomplètes (art. L.114-13 du Code de la sécurité sociale, arts. 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du Code pénal, art. L.725-13 du Code rural). 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.

▶ Vous venez de remplir votre demande de retraite de réversion. N'oubliez pas de joindre à votre demande les justificatifs indiqués en page IV de la notice jointe ainsi que votre déclaration de ressources.

**Partie réservée au conseiller retraite**

1<sup>ère</sup> intervention le : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| demande délivrée le : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| réception le : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Je soussigné(e) 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 ou ex-conjoint décédé et le cas échéant de son conjoint actuel, celui des enfants mentionnés ci-dessus.

Signature du conseiller retraite : Fait le : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Cachet de l'organisme**