

Salarié du régime général et du régime agricole (art. L.353-1 et suivants du code de la Sécurité sociale),
non salarié agricole (art. L.732-41 et suivants du code rural), **artisan et commerçant**
 (art. L.634-2 du code de la Sécurité sociale), **professionnel libéral** (art. L.643-7 du code de la Sécurité sociale),
membre des cultes (art. L.382-17 du code de la Sécurité sociale)

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

Votre n° RSI COMMERÇANT Votre n° RSI Artisan

Votre ou vos caisses de profession libérale : n°(s) :

► Votre situation de famille actuelle

Veuf(ve) le Séparé(e) le Divorcé(e) le

Votre 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

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

Son n° RSI COMMERÇANT Son n° RSI Artisan

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 ou de votre (ou 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(es) vous l'avez élevé depuis sa naissance ou sa date d'adoption ou sa prise en charge effective jusqu'à son 16^{ème} 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
					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
		_____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		_____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		_____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		_____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

► 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 de l'enfant handicapé et la prestation de compensation du handicap, l'allocation d'éducation spéciale et son complément, l'allocation spéciale aux mineurs grands infirmes, l'allocation d'éducation spécialisée des mineurs 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
► salarié du régime général de _____ à _____	<input type="checkbox"/>
► salarié agricole de _____ à _____	<input type="checkbox"/>
► non salarié agricole de _____ à _____	<input type="checkbox"/>
► artisan de _____ à _____	<input type="checkbox"/>
► commerçant de _____ à _____	<input type="checkbox"/>
► profession(s) libérale(s) de _____ à _____	<input type="checkbox"/>
► membre des cultes de _____ à _____	<input type="checkbox"/>
► autres régimes français (SNCF, fonctionnaires, etc...) de _____ à _____	<input type="checkbox"/>
► régimes étrangers de _____ à _____	<input type="checkbox"/>

► Votre demande

Indiquez les régimes auprès desquels vous souhaitez obtenir votre retraite de réversion en cochant la ou les case(s) correspondant à votre choix.

régime général de Sécurité sociale oui non **régime des artisans** oui non
régime des salariés agricoles oui non **régime des commerçants** oui non
régime des non salariés agricoles oui non **régime de base des professions libérales (sauf avocats)** oui non
régime des cultes oui non

A quelle date souhaitez-vous fixer le point de départ de votre retraite de réversion ? 0 1 | | | | | | | |

► 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 :

Signature :

Le | | | | | | | |

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. L114-13 du code de la Sécurité sociale, arts 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 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 de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L114-17 du code de la Sécurité sociale.

► 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^{ère} 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 (nombre en toutes lettres) enfants mentionnés ci-dessus.

Fait le | | | | | | | |

Signature du conseiller retraite :

Cachet de l'organisme :