

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA CARRIÈRE DE L'ASSURÉ

Règlement (CEE) n° 1408/71 : article 38; article 43 bis; article 45; article 48; article 51 bis; article 57, paragraphe 5
Règlement (CEE) n° 574/72: article 42, paragraphe 1; article 43, paragraphe 1 à 3; article 69

Renseignements concernant l'assuré (pour les demandes de survivants veuillez informer sur la personne décédée)

1

- 1.1 Nom de famille :
- 1.2 Nom de naissance :
- 1.3 Prénoms :
- 1.4 Noms antérieurs :
- 1.5 Sexe : masculin féminin
- 1.6 Nom et prénoms du père :
- 1.7 Nom et prénoms de la mère :
- 1.8 Numéro de sécurité sociale étranger :
- N° AVS :

2 Nationalité :

3 Lieu de naissance

- 3.1 Date :
- 3.2 Localité :
- 3.3 Province ou département :
- 3.4 Pays :

4 Adresse actuelle :

.....

.....

.....

Documents à joindre :

Copie du livret de famille y compris les pages enfants (pour les assurés/es célibataires l'acte de naissance)
Copie du jugement ou extrait du jugement de divorce
Carte d'identité/passeport étrangers même périmés

IMPORTANT : Ce formulaire doit être complété en lettres majuscules. Tout renseignement manquant retardera le traitement de votre demande de pension européenne.

PERIODES D'ASSURANCE ETRANGERES

A REMPLIR OU JOINDRE LE RELEVÉ DE CARRIERE ÉTABLI PAR L'INSTITUTION ÉTRANGÈRE SI VOUS LE POSSEDEZ

	Périodes		Nature des périodes *	Dénomination et siège de l'entreprise	Lieux et pays	N° sécurité sociale étranger	Lieu de résidence pendant l'activité
	du 1	au 2					
	1	2	3	4	5	6	7
1						_____	
2						_____	
3						_____	
4						_____	
5						_____	
6						_____	
7						_____	
8						_____	

* RESIDENCE, ECOLE/FORMATION, MILITAIRE, SALARIE/INDEPENDANT

..... Date Signature

→	<input type="checkbox"/> L'assuré exerce encore une activité professionnelle	<input type="checkbox"/> salariée	<input type="checkbox"/> indépendant
		<input type="checkbox"/> entraînant l'affiliation obligatoire à l'assurance pension	
→	<input type="checkbox"/> L'assuré n'exerce plus d'activité professionnelle	<input type="checkbox"/> salariée	<input type="checkbox"/> indépendant
		depuis le	depuis le
→	<input type="checkbox"/> L'assuré entend cesser d'exercer une activité	<input type="checkbox"/> salariée	<input type="checkbox"/> indépendant
		dès le	dès le
→	<input type="checkbox"/> L'assuré entend exercer une activité	<input type="checkbox"/> salariée <input type="checkbox"/> indépendant (en préciser la nature) :	
→	Montant <input type="checkbox"/> du salaire	<input type="checkbox"/> du revenu professionnel	<input type="checkbox"/> des autres revenus
		
	Nature des autres revenus :		
→	<input type="checkbox"/> Le demandeur déclare n'avoir aucun revenu		

L'assuré	a demandé les prestations suivantes	bénéficie des prestations suivantes
→ pension d'invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ pension de vieillesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ pension de survivant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ prestations de chômage ou de préretraite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ prestations complémentaires (joindre le courrier des PC)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
→ autres prestations (à préciser)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

→ Le demandeur	<input type="checkbox"/> se déclare inapte au travail (voir le rapport médical joint)
	<input type="checkbox"/> se déclare apte au travail
→ Le demandeur	<input type="checkbox"/> déclare avoir besoin de l'assistance d'une tierce personne pour accomplir l'un des actes ordinaires de la vie quotidienne (voir le rapport médical joint)
	<input type="checkbox"/> déclare ne pas avoir besoin de l'assistance d'une tierce personne pour accomplir l'un des actes ordinaires de la vie quotidienne
	<input type="checkbox"/> déclare que sa capacité fonctionnelle a été affectée par une maladie ou un accident qui l'empêche d'accomplir encore seuls les actes ordinaires de la vie quotidienne ou lui impose un effort financier à long terme
→ Le demandeur	<input type="checkbox"/> déclare n'avoir pas suffisamment de moyens d'existence

PENSION EUROPÉENNE : COORDONNÉES BANCAIRES (SUISSE OU UE)

Titulaire du compte : _____

No compte bancaire : _____

Banque ou Poste : _____

Localité banque ou Poste : _____

Code BIC/SWIFT :

N° IBAN : _ _ _ - _ _ - _ _ - _ _ - _ _ - _ _

Date :

Signature de l'assuré :

Sur le même compte que la rente AVS (oui)