

# DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITÉ DE VEUVE OU DE VEUF

## ASSURANCE INVALIDITÉ DES SALARIÉS

(Article L 342-1 et suivants, articles R 342-1 à R 342-6 du code de la Sécurité Sociale)

Date de réception :

### 1 ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

Nom de famille : ..... Prénoms : .....  
 Nom d'usage : ..... Date de naissance : .....   
 Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....  
 Date de mariage : .....  Adresse : .....  
 .....  
 Code postal :  Commune : .....

### 2 ETAT CIVIL DU CONJOINT DÉCÉDÉ

Nom de famille : ..... Prénoms : .....  
 Nom d'usage : ..... Date de naissance : .....   
 Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....  
 Date de décès : .....

### 3 DÉCLARATION RELATIVE AUX ENFANTS

#### 1° Enfants ayant avec le demandeur un lien de filiation directe :

Nom	Prénoms	Lieu de naissance	date de naissance
.....	.....	.....	<input type="text"/>
.....	.....	.....	<input type="text"/>
.....	.....	.....	<input type="text"/>
.....	.....	.....	<input type="text"/>

#### 2° Enfants n'ayant pas avec le demandeur un lien de filiation directe mais ayant été élevés par lui au moins 9 ans avant l'âge de 16 ans et ayant été à sa charge ou à celle de son conjoint :

Nom	Prénoms	Lieu de naissance	date de naissance
.....	.....	.....	<input type="text"/>
.....	.....	.....	<input type="text"/>
.....	.....	.....	<input type="text"/>
.....	.....	.....	<input type="text"/>

4

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE QUI A ÉTÉ EXERCÉE PAR LE CONJOINT

Votre conjoint a-t-il exercé une profession :

Salariée

agricole

non agricole

Non salariée

agricole

non agricole

Veillez-préciser les périodes et la nature de l'activité exercée :

du :  au :  Nom et adresse de l'employeur : .....

Code postal :  Commune : .....

Agricole  Industrielle  Commerciale  Artisanale  Libérale  Autre

du :  au :  Nom et adresse de l'employeur : .....

Code postal :  Commune : .....

Agricole  Industrielle  Commerciale  Artisanale  Libérale  Autre

du :  au :  Nom et adresse de l'employeur : .....

Code postal :  Commune : .....

Agricole  Industrielle  Commerciale  Artisanale  Libérale  Autre

*N.B : Le cas échéant merci de compléter vos déclarations sur papier libre.*

5

## SITUATION DU CONJOINT DÉCÉDÉ

Votre conjoint avait-t-il bénéficié des indemnités journalières ?

Au titre de l'assurance maladie

Au titre de la législation sur les accidents de travail

Pendant quelle période ? .....

Auprès de quel organisme : .....

Votre conjoint bénéficiait-il ou avait-il demandé le bénéfice d'un avantage au titre d'un régime de la Sécurité Sociale?

Agricole  Industriel  Spécial  Autre (précisez lequel) .....

Dans l'affirmative, nature exacte de cet avantage ? .....

Nom et adresse de l'organisme qui lui servait cet avantage ou qui avait reçu sa demande : .....

Code postal :  Commune : .....

Numéro de l'avantage attribué : .....

Votre conjoint est-il décédé des suites d'un accident ?.....  OUI  NON

Dans l'affirmative, il s'agissait d'un accident du travail.....  OUI  NON

d'un accident de la vie privée.....  OUI  NON

1) Veuillez-indiquer éventuellement le nom et adresse du responsable de cet accident .....

Code postal :  Commune : .....

2) Et le nom et adresse de la compagnie d'assurances qui le garantissait : .....

Code postal :  Commune : .....

## 6 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DU DEMANDEUR

Avez-vous exercé une profession :  salariée  non salariée

Dans l'affirmative, nature de cette profession ?

Agricole  Industrielle  Commerciale  Artisanale  Libérale

Périodes pendant lesquelles vous avez exercé cette profession :

du : | | | | | | | | au : | | | | | | | | Nom et adresse de l'employeur : .....

.....

Code postal : | | | | | | | | Commune : .....

du : | | | | | | | | au : | | | | | | | | Nom et adresse de l'employeur : .....

.....

Code postal : | | | | | | | | Commune : .....

du : | | | | | | | | au : | | | | | | | | Nom et adresse de l'employeur : .....

.....

Code postal : | | | | | | | | Commune : .....

du : | | | | | | | | au : | | | | | | | | Nom et adresse de l'employeur : .....

.....

Code postal : | | | | | | | | Commune : .....

## 7 SITUATION DU DEMANDEUR

Avez-vous bénéficié d'indemnités journalières ?

Au titre de l'assurance maladie  Au titre de la législation sur les accidents de travail

Pendant quelle période ? .....

Auprès de quel organisme : .....

Bénéficiez-vous ou avez-vous demandé le bénéfice d'un avantage au titre

d'un régime de Sécurité Sociale :  Agricole  Industriel  Spécial ;

d'un régime de Prévoyance ;

de l'Aide Sociale ;

de la législation sur les accidents du travail ;

de victime de guerre ou de réversion d'une pension militaire,  à titre personnel  à titre de réversion

Dans l'affirmative, nature exacte de cet avantage ? .....

Numéro de l'avantage attribué : .....

Nom et adresse de l'organisme qui vous sert cet avantage ou qui a reçu votre demande : .....

.....

Code postal : | | | | | | | | Commune : .....

Votre invalidité actuelle est-elle la conséquence d'un accident ? .....  OUI  NON

Dans l'affirmative, il s'agit d'un accident du travail .....  OUI  NON

d'un accident de la vie privée .....  OUI  NON

1) Veuillez-indiquer éventuellement le nom et adresse du responsable de cet accident .....

Code postal : | | | | | | | | Commune : .....

2) Et le nom et adresse de la compagnie d'assurances qui le garantissait : .....

Code postal : | | | | | | | | Commune : .....

