

**DEMANDE DU CONJOINT SURVIVANT EN VUE D'OBTENIR
LE BÉNÉFICE DU COMPLÉMENT DE RENTE DE 20 %
LÉGISLATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES.**

(Art. L 434-8 et 9 et R 434-12 à 14 du Code de la Sécurité Sociale)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT SURVIVANT

Numéro d'immatriculation :

NOM : _____

(Pour les femmes, indiquer le nom de jeune fille suivi s'il y a lieu de épouse X... ou veuve X...)

Prénom : _____

Date et lieu de naissance : L _____ à _____

Adresse N° _____ rue _____

Département _____ Localité _____

Code postal _____ Bureau distributeur : _____

OBJET DE LA DEMANDE

Titulaire de la rente de conjoint survivant N°.....

à la suite de l'accident de travail ou de la maladie professionnelle qui a entraîné le décès
de mon conjoint à la date du _____

je demande à bénéficier du complément de rente de 20 % prévu aux articles L 434-8 et 9 du
Code de la Sécurité Sociale, en raison de mon incapacité de travail générale dont le taux
est au moins de 50 %.

IMPORTANT : *Un certificat médical indiquant la nature, le taux et la durée probable de
l'incapacité de travail doit OBLIGATOIREMENT ÊTRE JOINT à cette demande.*

Êtes-vous titulaire ou avez-vous demandé le bénéfice d'une pension de veuf ou de veuve invalide ?
(Art. L 342-1 du Code de la Sécurité Sociale) (1) OUI NON

Sont punies d'amende ou d'emprisonnement
toutes fraudes ou fausses déclarations.
(Art. L 471-3 du Code de la Sécurité Sociale
Art. 441.1 du Code Pénal).

le _____

j'atteste sur l'honneur l'exactitude des
renseignements portés ci-dessus.

(1) *Mettre une croix dans la case
de la réponse exacte.*

Signature du demandeur,