



# DÉCLARATION EN VUE DE L'IMMATRICULATION D'UN PENSIONNÉ, OU DE SA VEUVE, OU D'UN ORPHELIN

(décret du 17/12/85)

VOLET



CADRE RÉSERVÉ A LA CPAM	CPAM	N° DOCUMENT	1 0 0	CRAM
RÉGIME		EFFET D'IMMATRICULATION		
CPAM AFFILIATION		CPAM PREST.		CENTRE PAIE.†

(1) <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle	
NOM	(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) - (Pour les femmes, indiquer sur cette ligne le nom de jeune fille)
PRÉNOMS	(DANS L'ORDRE DE L'ÉTAT CIVIL)
ÉPOUSE DE	(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE)
SEXE	(1) <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Nationalité	
DATE DE NAISSANCE	JOUR   MOIS   AN
LIEU DE NAISSANCE	(Pour PARIS et LYON : indiquer l'arrondissement)
	N° DÉPART.   N° COMMUNE

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NÉE HORS DE FRANCE  
MÉTROPOLITAINE, QU'IL S'AGISSE DE PERSONNE DE NATIONALITÉ FRANÇAISE OU ÉTRANGÈRE**  
(Joindre la copie ou la photocopie de la pièce d'État Civil sur laquelle vous avez relevé les informations ci-après).

Pays de naissance (de l'assuré)	Province
Nom du père	Nom de jeune fille de la mère
1 <sup>er</sup> prénom du père	1 <sup>er</sup> prénom de la mère
PERSONNE NÉE EN ALGÉRIE OU EN TUNISIE	PERSONNE NÉE AU MAROC
Douar	Tribu ou Obila
N° acte de naissance	Fraction tribu ou Kesma

ADRESSE PRÉCISE	N°	VOIE	(Nature et nom de la voie)
	(COMPLÈMENT D'ADRESSE : villa, lieudit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)		
	Commune		
	(CODE POSTAL)	BUREAU DISTRIBUTEUR : à indiquer s'il est différent de la commune de résidence.	

Qualité du déclarant (1)  PENSIONNÉ (E)  VEUVE DE PENSIONNÉ Date de décès du conjoint :

ORPHELIN

Bénéficiez-vous de plusieurs pensions ? (1)  OUI  NON

DÉSIGNATION DU OU DES ORGANISMES VERSANT LA OU LES PENSIONS	DATE D'EFFET DE LA PENSION

Joindre ou présenter **OBLIGATOIREMENT** : l'original ou la photocopie du titre, ou du livret, ou du certificat provisoire de **chaque pension**.

Signature,

Certifié exact à \_\_\_\_\_

le

(1) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte. Exemple : pour répondre OUI,  OUI  NON.

La loi 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme de sécurité sociale.



# DÉCLARATION EN VUE DE L'IMMATRICULATION D'UN PENSIONNÉ, OU DE SA VEUVE, OU D'UN ORPHELIN

(décret du 17/12/85)

VOLET

CADRE RÉSERVÉ A LA CPAM	CPAM	N° DOCUMENT	1 0 0	CRAM
RÉGIME		EFFET D'IMMATRICULATION		
CPAM AFFILIATION		CPAM PREST.		CENTRE PAIE.

(1) <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle							
NOM	_____						
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) - (Pour les femmes, indiquer sur cette ligne le nom de jeune fille)							
PRÉNOMS	_____						
(DANS L'ORDRE DE L'ÉTAT CIVIL)							
ÉPOUSE DE	_____						
(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE)							
SEXE	(1) <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin						
Nationalité	_____						
DATE DE NAISSANCE	_____						
JOUR	MOIS	AN	LIEU DE NAISSANCE	_____	N° DÉPART	N° COMMUNE	
(Pour PARIS et LYON : indiquer l'arrondissement)							
<b>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NÉE HORS DE FRANCE MÉTROPOLITAINE, QU'IL S'AGISSE DE PERSONNE DE NATIONALITÉ FRANÇAISE OU ÉTRANGÈRE</b>							
(Joindre la copie ou la photocopie de la pièce d'État Civil sur laquelle vous avez relevé les informations ci-après).							
Pays de naissance (de l'assuré)	_____	Province	_____				
Nom du père	_____	Nom de jeune fille de la mère	_____				
1 <sup>er</sup> prénom du père	_____	1 <sup>er</sup> prénom de la mère	_____				
PERSONNE NÉE EN ALGÉRIE OU EN TUNISIE			PERSONNE NÉE AU MAROC				
Douar	_____	Tribu ou Obila	_____				
N° acte de naissance	_____	Fraction tribu ou Kesma	_____				
ADRESSE PRÉCISE	}	N°	_____	VOIE	_____		
		(Nature et nom de la voie)					
		(COMPLÈMENT D'ADRESSE : villa, lieudit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)					
		Commune	_____				
		(CODE POSTAL)	_____	BUREAU DISTRIBUTEUR : à indiquer s'il est différent de la commune de résidence.			

## RÉPONSE I.N.S.E.E.

Numéro national d'identité + clé de contrôle	_____
SN	_____
JN	_____
1 <sup>er</sup> immatriculation pour	_____
Observations	_____
	_____
	_____

(1) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte. Exemple : pour répondre OUI,  OUI  NON.

La loi 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme de sécurité sociale.