



n° 50815#02

demande de pension d'invalidité de veuf(ve)

(art. L. 342-1 à 342-6, L. 341-11 à 16, L. 815-14, R. 322-4 et R. 342-1 à R. 342-6 et D. 161-15 du Code de la sécurité sociale)

Vous êtes veuf(ve), atteint(e) d'une invalidité et vous n'avez pas encore atteint l'âge de 55 ans :

vous pouvez bénéficier d'une pension d'invalidité de veuf(ve) sous certaines conditions

Renseignez-vous auprès de votre caisse d'assurance maladie (3646) ou consultez le site "www.ameli.fr".

Vous pouvez obtenir **en plus de votre pension d'invalidité de veuf(ve) et sous certaines conditions de ressources** l'allocation supplémentaire d'invalidité (rapprochez vous de votre caisse d'assurance maladie) ou l'allocation adulte handicapé différentielle (rapprochez-vous de la Maison Départementale des Personnes Handicapées - MDPH - de votre lieu de résidence dont vous trouverez l'adresse sur le site www.cnsa.fr).

Votre pension d'invalidité de veuf(ve) pourra être révisée pour des raisons d'ordre médical ou administratif notamment en cas de reprise d'activité professionnelle salariée ou non salariée.

Cette pension est supprimée en cas de remariage, ou si vous n'êtes plus invalide.

A l'âge de 55 ans, la pension d'invalidité de veuf(ve) est remplacée par une pension de vieillesse de veuf(ve) versée par votre caisse de retraite (CARSAT).

Les renseignements permettant d'étudier vos droits

① votre identité, l'identité de vos enfants à charge et celle de votre conjoint(e) décédé(e)

Complétez les rubriques s'y rapportant et n'oubliez pas de cocher les cases correspondant à votre situation et celle de votre conjoint.

Si vous êtes ressortissant étranger (autre que Union Européenne, Espace Economique Européen⁽¹⁾ ou Suisse), vous devez justifier de votre résidence régulière en France (art. D. 161-15 du Code de la sécurité sociale). Voir au bas de cette page la rubrique « les pièces justificatives à joindre ».

② les renseignements administratifs vous concernant et concernant votre conjoint(e) décédé(e)

Complétez seulement les rubriques se rapportant à votre (sa) situation en n'oubliant pas de cocher systématiquement les cases correspondant à votre (sa) situation.

Si votre conjoint(e) décédé(e) a travaillé dans différents pays de l'Union Européenne, vous pouvez éventuellement prétendre à une pension d'invalidité de conjoint(e) survivant(e) de chaque Etat membre. N'oubliez pas de le mentionner.

Les pièces justificatives à joindre à votre demande

- selon votre situation :

Merci de fournir une photocopie lisible de :

- Si vous bénéficiez d'une pension d'invalidité servie par un autre régime que le régime général	- votre notification de pension
- Si vous bénéficiez d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle	- votre notification de rente
- Si vous bénéficiez d'une pension de retraite au titre d'un ou plusieurs régimes obligatoires	- votre ou vos notification(s) de pension
- Si vous êtes de nationalité française ou ressortissant d'un pays de l'UE/EEE ⁽¹⁾ ou de la Suisse	- votre carte d'identité ou passeport ou toute autre pièce justificative d'état civil et de nationalité
- Si vous êtes de nationalité étrangère (autre que UE/EEE ou Suisse)	- toute pièce, en cours de validité, justifiant de votre état civil et de la régularité de votre séjour en France : titre de séjour... (cf. liste de l'article D. 161-15 du code de la sécurité sociale)

- selon la situation de votre conjoint(e) au jour du décès :

- S'il(elle) bénéficiait d'une pension d'invalidité servie par un autre régime que le régime général	- sa notification de pension ou certificat médical ou attestation de droits
- S'il(elle) bénéficiait d'une pension de retraite au titre d'un ou plusieurs régimes obligatoires	- sa ou ses notification(s) de pension

- dans tous les cas :

	- votre dernier avis d'impôt sur les revenus
--	--

⁽¹⁾ Les pays de l'UE/EEE sont les suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Royaume-Uni, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L.114-13 et L.162-1-14 du Code de la sécurité sociale)

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 L.162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

Toutes les informations figurant sur cette déclaration sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de calcul de vos droits et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant à votre organisme d'assurance maladie.



n° 11791*02
INVPENSVEUF-PRE

demande de pension d'invalidité de veuf(ve)

à adresser à
l'organisme d'assurance
maladie dont vous
dépendez

(art. L. 342-1 à 342-6, L. 341-11 à 16, L. 815-14, R. 322-4 et R. 342-1 à R. 342-6 et D. 161-15 du Code de la sécurité sociale)

La personne qui demande la pension et ses enfants à charge ①

● vous-même

Votre nom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Votre prénom

Votre adresse

Code Postal : Commune : n° de téléphone :

Votre situation familiale : veuf(ve) remarié(e) pacsé(e) vie maritale séparé(e) de droit divorcé(e)

Votre nationalité : Française UE/EEE/Suisse autre

Votre numéro d'immatriculation

Votre date de naissance

● vos enfants actuellement à charge nom et prénom

date de naissance

nom et prénom	date de naissance

● les autres enfants dont vous avez eu la charge pendant au moins 9 ans avant leur 16ème anniversaire

nom et prénom	date de naissance

Les renseignements administratifs vous concernant ②

● Votre situation professionnelle au moment de la demande (cochez les cases correspondant à votre situation et remplissez les rubriques s'y rapportant)

Activité salariée

Nom et adresse de votre dernier employeur :

Période d'activité - du au

Activité non salariée Chômage indemnisé Autre Précisez :

● Vous avez perçu ou vous percevez des indemnités journalières maladie

Nom et adresse des organismes versant ces indemnités	périodes
	du au
	du au

● Votre maladie ou votre blessure justifiant la demande de pension résulte d'un accident causé par un tiers

(HORS ACCIDENT DU TRAVAIL ou MALADIE PROFESSIONNELLE)

Date de cet accident

● Vous bénéficiez ou vous avez bénéficié d'une pension d'invalidité personnelle

Nom et adresse de l'organisme ayant attribué cette pension :

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L.114-13 et L.162-1-14 du Code de la sécurité sociale)
Toutes les informations figurant sur cette déclaration sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de paiement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant à votre organisme d'assurance maladie.



n° 11791*02
INVPENSVEUF-PRE

demande de pension d'invalidité de veuf(ve)

à adresser à
l'organisme d'assurance
maladie dont vous
dépendez

(art. L. 342-1 à 342-6, L. 341-11 à 16, L. 815-14, R. 322-4 et R. 342-1 à R. 342-6 et D. 161-15 du Code de la sécurité sociale)

Vous bénéficiez d'une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle

Nom et adresse de l'organisme ayant attribué la rente :

Vous avez demandé une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle qui est en cours d'étude

Nom et adresse de l'organisme qui étudie la demande :

Vous avez bénéficié ou vous bénéficiez d'une pension de retraite au titre d'un régime obligatoire

Nom et adresse de l'organisme ayant attribué la rente :

Les renseignements concernant votre conjoint(e) décédé(e) ②

Son nom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Son prénom

Son adresse au jour du décès :

Code Postal _____ Commune :

Sa nationalité : Française UE/EEE/Suisse autre

Son n° d'immatriculation _____ date du décès _____

Sa situation au moment du décès (cochez les cases correspondant à sa situation et remplissez les rubriques s'y rapportant)

Salarié(e)

Nom et adresse de son dernier employeur :

Il(elle) a été affilié(e) à un régime autre que le Régime général

Le(s) régime(s) concerné(s)

les nom et adresse de l'organisme dont il dépendait

S'il(elle) était titulaire d'une ou plusieurs pensions (invalidité ou retraite) d'un de ces régimes, indiquez ci-dessous les nom et adresse de(s) l'organisme(s) qui payait(ent) cette(ces) pension(s)

Il(elle) percevait des indemnités journalières au jour du décès

Date du dernier jour de travail

Nom et adresse de l'organisme qui versait ces indemnités

Il(elle) a travaillé dans un ou plusieurs pays autres que la France (y compris les périodes militaires)

Le(s) pays

périodes

	du		au	
	du		au	
	du		au	

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur cette demande, n'être pas divorcé(e) de la personne décédée, et je m'engage à faire connaître à la caisse tous les changements pouvant les modifier, tels que : remariage, changement d'adresse, reprise ou cessation du travail, hospitalisation, montants des salaires...

signature du demandeur

Fait à le _____