

DEMANDE DE PENSION DE SURVIVANT

(Article 30 et 31, de la Convention – Article 22 à 24 de l'arrangement administratif général)

Ce formulaire est établi par l'institution du lieu de résidence du demandeur. Si l'assuré décédé a été soumis à la législation de l'État de résidence, le formulaire SE 350-17 "Attestation concernant la carrière d'assurance" doit être joint à la présente demande.

Il y a lieu également de joindre tout document ayant trait à la carrière dans l'autre État de l'assuré décédé.

Numéro dossier

En France

Au Maroc.....

1 INSTITUTION DESTINATAIRE

1.1 Dénomination :

1.2 Adresse :

.....

2 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ DÉCÉDÉ

2.1 Nom Nom de naissance Prénoms

2.2 Sexe : Masculin Féminin Nationalité : (1).....

2.3 État civil Célibataire Marié(e) Veuf(ve)

Divorcé(e) (depuis le)

Séparé(e) (depuis le)

2.4 Date de naissance Lieu de naissance

2.5 Date du décès Lieu de décès.....

2.6 Le décès est-il la conséquence d'un accident ? oui non (2)

2.7 Nom du père Nom de la mère.....

2.8 Dernière adresse de l'assuré décédé:

.....

.....

2.9 Numéro d'immatriculation en France :

2.10 Numéro d'immatriculation au Maroc :

3	À LA DATE DE SON DÉCÈS, L'ASSURÉ		
3.1	<input type="checkbox"/> exerçait une activité	<input type="checkbox"/> salariée	
	<input type="checkbox"/> n'exerçait plus d'activité	<input type="checkbox"/> non salariée	
3.2	Le cas échéant date de cessation de l'activité.....		
3.3	<input type="checkbox"/> était	titulaire d'une pension	
	<input type="checkbox"/> n'était pas		
3.4	Nature de la pension		
3.5	Numéro de la pension		
3.6	Institution débitrice		
3.7	Montant trimestriel de la pension.....		

4	RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA CARRIÈRE DANS L'AUTRE ÉTAT			
	Nom de l'employeur ou nature de l'activité	Lieu d'exercice de l'activité	Période d'emploi (du au)	Profession
4.1	.....	.....	.....	.....
4.2	.....	.....	.....	.....
4.3	.....	.....	.....	.....
4.4	.....	.....	.....	.....
4.5	.....	.....	.....	.....
4.6	.....	.....	.....	.....
4.7	.....	.....	.....	.....
4.8	.....	.....	.....	.....
4.9	.....	.....	.....	.....
4.10	.....	.....	.....	.....
4.11	.....	.....	.....	.....

5

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES SURVIVANTS **Veuve** **Veuf** **Autres**
(VOIR INSTRUCTIONS)

5.1 Nom Nom de naissance Prénoms
.....

5.2 Lien de parenté avec le décédé : (3)

5.3 Sexe : Masculin Féminin Nationalité : (1).....

5.4 Situation familiale

Célibataire Marié(e) Veuf(ve)

Divorcé(e) (depuis le)
 Séparé(e) (depuis le)

5.5 Date de naissance Lieu de naissance

A compléter lorsque le survivant est le conjoint ou l'ex-conjoint :

5.6 Date de mariage avec l'assuré décédé :

5.7 Adresse du conjoint

5.8 Le conjoint survivant est-il atteint d'une invalidité ? Oui Non

5.9 Le cas échéant, date de la séparation de corps du divorce :

5.10 En cas de remariage : nom et prénom du nouveau conjoint :
.....

Date du remariage :

Adresse :

5.11 L'assuré décédé était-il divorcé d'un conjoint précédent : Oui Non

Nom et prénoms du précédent conjoint

Adresse :

6

LE DEMANDEUR MENTIONNE AU CADRE 5 (VOIR INSTRUCTIONS)

6.1 exerce n'exerce pas d'activité professionnelle

6.2 était n'était pas à charge de l'assuré décédé

6.3 bénéficie ne bénéficie pas d'une pension

6.4 Le cas échéant, montants des revenus professionnels perçus

- au cours du trimestre précédant la demande :
- au cours des quatre trimestres précédant la demande :
- au cours du trimestre précédant le décès :
- au cours des quatre trimestres précédant le décès :

6.5 Nature de la pension :

Date d'attribution : Montant trimestriel :

Organisme débiteur :

6.6 dispose d'autres ressources (revenus tirés de biens mobiliers ou immobiliers)

ne dispose pas

Le cas échéant nature des ressources :

Montant trimestriel : Montant annuel :

7

ENFANTS, ÉTAT CIVIL

Enfants eus ou élevés et à la charge du demandeur pendant au moins neuf ans avant leur seizième anniversaire :

Enfants

Nom de naissance	Prénoms	Date de naissance	Date de décès
.....
.....
.....
.....
.....

Autres enfants élevés par le demandeur (enfants de conjoints, recueillis, adoptés, etc)

Nom de naissance	Prénoms	Date de naissance	Date d'arrivée au foyer	Date de décès
.....
.....
.....

8

AUTRES RENSEIGNEMENTS

8.1 Date d'introduction de la demande :

8.2 Le demandeur ouvre droit à pension dans l'État de l'institution d'instruction :
- point de départ de la pension
- montant de la pension

8.3 Le demandeur n'ouvre pas droit à pension dans l'État de l'institution d'instruction

Motif :
.....
.....

8.4 Documents joints :
 SE 350-17 : Attestation concernant la carrière d'assurance
 Autres (4)
.....
.....

9

INSTITUTION D'INSTRUCTION

9.1 Dénomination :

9.2 Adresse :
.....

9.3 Cachet

9.4 Date

9.5 Signature

NOTES

- (1) Préciser le numéro d'identité (CIN) pour une personne de nationalité marocaine
- (2) A ne compléter que lorsque l'assuré décédé était en activité.
- (3) S'il ne s'agit pas d'un veuf ou d'une veuve, indiquer le lien de parenté avec l'assuré décédé.
- (4) Joindre un relevé d'identité bancaire ou, à défaut, mentionner l'indication précise du numéro de compte du demandeur et de l'établissement auprès duquel il est ouvert Pour les besoins des institutions marocaines , le compte sur lequel est payée la pension doit impérativement être un compte personnel du titulaire (à l'exclusion du compte joint).

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées.
Ce formulaire se compose de six pages, aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

S'il y a plusieurs survivants (conjoints, ex-conjoints pour les besoins de la législation française; enfants pour les besoins des régimes marocains et des régimes spéciaux français), compléter autant de rubriques 5, 6, 7, et 8 qu'il y a de survivants.