

DEMANDE DE PENSION DE SURVIVANT

(Articles 40, 41 et 42 de l'accord modifié par l'avenant n°1 du 7 juillet 2000- Articles 86, 87, 88 et 89 de l'arrangement administratif général modifié par l'arrangement administratif modificatif n°2 du 7 juillet 2000)

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 328-20 "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 du travailleur dans l'autre État.

Numéro dossier

En France

Au Gabon

1	INSTITUTION DESTINATAIRE
1.1	Dénomination :
1.2	Adresse :

2	RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE DECEDE	
2.1	Nom	Nom de naissance Prénoms
	
2.2	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Nationalité :
2.3	État civil	
	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Monogame <input type="checkbox"/> Polygame (nombre d'épouses)	
	<input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) (depuis le) (1) <input type="checkbox"/> Séparé(e) (depuis le)	
2.4	Date de naissance	Lieu de naissance
2.5	Nom du père	Nom de la mère
2.6	Dernière adresse de l'assuré décédé:	
	
2.7	Numéro d'immatriculation en France :	
	
2.8	Numéro d'immatriculation au Gabon :	
	

3	A LA DATE DE SON DECES, L'ASSURE		
3.1	<input type="checkbox"/> exerçait	d'activité	<input type="checkbox"/> salariée
	<input type="checkbox"/> n'exerçait plus		<input type="checkbox"/> non salariée
3.2	Le cas échéant date de cessation de l'activité 1986		
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 CARRIERE DANS L'AUTRE ETAT			
	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	.....	.....	.....	.....

5

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES SURVIVANTS **Veuve** **Veuf** **Autres**

- 5.1 Nom Nom de naissance Prénoms
- 5.2 Lien de parenté avec le décédé : (2)
- 5.3 Sexe : Masculin Féminin Nationalité :
- 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 (3) :**
- 5.6 Date de mariage avec l'assuré décédé :
- 5.7 Adresse du conjoint :
- 5.8 Les conjoints ont-ils eu un enfant ensemble ? 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 (4)**

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

Le cas échéant nature des ressources :

Montant trimestriel : Montant annuel :

7**ENFANTS, ÉTAT CIVIL**

Le demandeur les a-t-il eus ou élevés ou ont-ils été à sa charge pendant au moins neuf ans avant leur seizième anniversaire ? (5)

Vos enfants

Nom de naissance	Prénoms	Date de naissance	Date de décès	Charge	
.....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
.....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
.....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
.....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
.....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

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

Nom de naissance	Prénoms	Date de naissance	Date de décès	Date de prise en charge (6)	Charge	
.....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
.....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
.....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

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

8.4 Observations
.....
.....

8.5 Formulaires joints :
 SE 328-20 : Attestation concernant la carrière d'assurance
 RIB (7)
.....
 Autres
.....
.....

9

INSTITUTION D'INSTRUCTION

9.1 Dénomination :

9.2 Adresse :
.....

9.3 Cachet

9.4 Date

9.5 Signature

NOTES

- (1) Dans le cadre de la législation française, les ex-conjoints survivants d'un assuré décédé peuvent, sous certaines conditions, prétendre à une pension de réversion. Si le décédé a eu plusieurs conjoints, préciser si possible dans le cadre ci-dessous l'identité et les dates de mariage et divorce.

1 ^{er} conjoint	Nom – Prénom Adresse :..... Date du mariage	Date de naissance Date du divorce
2 ^e conjoint	Nom – Prénom Adresse	Date de naissance Date du divorce

- (2) S'il ne s'agit pas d'un veuf ou d'une veuve, indiquer le lien de parenté avec l'assuré décédé.
- (3) Lorsque le décédé était polygame, le cadre 5 est à reproduire et compléter autant de fois qu'il y a d'épouses survivantes.
- (4) S'il y a plusieurs demandeurs mentionnés au cadre 5 préciser duquel il s'agit et compléter autant de rubriques 6 qu'il y a de demandeurs.
- (5) Pour les enfants qui n'ont pas été élevés pendant au moins neuf ans par le demandeur en raison de leurs décès en bas âge, indiquer seulement la date de naissance et de décès.
- (6) La date de prise en charge correspond à la date à partir de laquelle le demandeur a élevé l'enfant.
- (7) Joindre un relevé d'identité bancaire, obligatoirement sur un compte personnel et non sur un compte joint pour le paiement des pensions gabonaises, ou, à défaut, communiquer l'indication précise du numéro de compte du demandeur et de l'établissement auprès duquel il est ouvert.

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.*