MÉDÉRIC

DEMANDE DE PENSION DE RÉVERSION

de veuve, de veuf, d'ex-conjoint divorcé ou d'orphelin

« Différentiel » géré pour le compte de l'UCANSS par Médéric Prévoyance

PRÉSENTÉE PAR ❑ M. ❑ Mme ❑ Mlle .....

PRÉNOM USUEL ..... NOM DE JEUNE FILLE .....

NÉ(E) LE |_|_|_|_|_|_|_|_| À .....

DE NATIONALITÉ ..... TÉLÉPHONE(facultatif) .....

N° DE SÉCURITE SOCIALE PERSONNEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

ADRESSE .....

CODE POSTAL |_|_|_|_|_| VILLE .....

❑ Veuve ❑ Veuf ❑ Ex-conjoint divorcé non remarié ❑ Orphelin

de ❑ M. ❑ Mme (allocataire décédé) ..... PRÉNOM .....

NÉ(E) LE |_|_|_|_|_|_|_|_| À .....

DÉCÉDÉ(E) LE |_|_|_|_|_|_|_|_| À .....

N° SÉCURITÉ SOCIALE (allocataire décédé) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

PIÈCES JUSTIFICATIVES

- **Dans tous les cas, joindre une copie récente de l'acte de naissance de l'allocataire décédé, avec mentions marginales *(à demander à la mairie du lieu de naissance)* et la photocopie du livret de famille.**
- **Pour les ex-conjoints divorcés répondant aux conditions d'âge**
  Une copie récente de l'acte de naissance du **demandeur,** avec mentions marginales *(à demander à la mairie du lieu de naissance)*.
- **Pour les veuves, veufs et ex-conjoints divorcés lorsque les conditions d'âge ne sont pas remplies**
  Il y a lieu de justifier de l'état d'invalidité au sens de la législation des assurances sociales *(copie du titre de pension de la Sécurité sociale)*.
- Joindre, selon le cas, un **relevé d'identité postal, bancaire** ou de **caisse d'épargne** *(ne pas adresser de chèque annulé)*.

IMPORTANT : La pension différentielle de réversion cesse d'être versée en cas de remariage.

DEMANDE DE LIQUIDATION DE LA PENSION DE RÉVERSION *(à remplir et signer obligatoirement)*

JE SOUSSIGNÉ(E) .....
demande la liquidation de ma pension de réversion.

❑ J'atteste sur l'honneur ne pas être remarié(e) à ce jour.
❑ Je certifie exacts les renseignements portés sur le présent formulaire.
❑ Je m'engage à signaler à Médéric Prévoyance les changements qui pourraient intervenir dans ma situation de famille *(remariage, cessation de mon état d' invalidité)*, et qui seraient susceptibles de supprimer ma pension de réversion.

Fait à ....., le .....
Signature

DEMANDE DE LIQUIDATION DE LA PENSION D'ORPHELIN *(à remplir et signer obligatoirement)*

JE SOUSSIGNÉ(E) .....
demande la liquidation de la pension d'orphelin.

❑ Je certifie exacts les renseignements portés sur le présent formulaire.
❑ Je m'engage à signaler à Médéric Prévoyance les changements qui pourraient intervenir dans la situation dudit orphelin.

Fait à ....., le .....
Signature

Médéric Prévoyance
Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale
21, rue Laffitte 75317 Paris cedex 09 - Tél. 01 56 03 34 56 - Fax 01 56 03 45 67
www.mederic.com

GM - C 104 - 01-05/122001