



ARRCO

Retraite complémentaire des salariés

DEMANDE DE RÉVERSION D'ALLOCATAIRE



1 - VOTRE IDENTITÉ *(Écrire en lettres majuscules)*

NOM DE NAISSANCE

PRÉNOMS *(souligner le prénom usuel)*

NOM DU MARI *(s'il y a lieu)*

NOM D'USAGE *authentifié (s'il y a lieu)*

DATE DE NAISSANCE Jour Mois Année

LIEU DE NAISSANCE

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE clé

Autre Régime (Mutualité Sociale Agricole, Mines, Monaco, Andorre) N°

2 - IDENTITÉ DU RETRAITÉ DÉCÉDÉ

NOM DE NAISSANCE

PRÉNOMS *(souligner le prénom usuel)*

NOM DU MARI *(s'il y a lieu)*

NOM D'USAGE *authentifié (s'il y a lieu)*

DATE DE NAISSANCE Jour Mois Année

LIEU DE NAISSANCE

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE clé

Autre Régime (Mutualité Sociale Agricole, Mines, Monaco, Andorre) N°

Date de décès de l'ancien salarié Jour Mois Année

3 - VOTRE ADRESSE

.....

.....

.....

Code postal Ville

Pays 

Adresse électronique 

Pour les personnes sous tutelle uniquement : REPRÉSENTANT LÉGAL DE LA PERSONNE MAJEURE

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE

.....

Joindre un justificatif de votre qualité de représentant légal.

4 - MOYEN DE PAIEMENT

Votre allocation de réversion de retraite complémentaire sera versée sur un compte bancaire, ou sur un compte postal, ou sur un livret d'épargne.

Fournir le **relevé d'identité** (RIB, RIP ou RICE) du compte que vous avez choisi.

5 - PIÈCES À JOINDRE

- Si votre mariage est antérieur au 1^{er} juillet 1980 : une photocopie de votre **livret de famille** et une photocopie du bulletin de décès du retraité si le décès n'a pas été porté sur le livret de famille.
- Si votre mariage est postérieur au 30 juin 1980 : joindre également un **extrait d'acte de naissance du retraité**.

6 - ATTESTATION

1) J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis. Je m'engage à signaler à ma caisse de retraite toute modification des informations indiquées dans les cadres 1 à 4.

■ La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites dans cet imprimé ; elle vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

2) Je m'engage à signaler tout remariage et, le cas échéant, à rembourser les sommes qui me seraient indûment versées par méconnaissance du changement de situation familiale.

DATE

SIGNATURE du bénéficiaire *(ou de son représentant légal)*