

Commission administrative
pour la coordination
des systèmes de sécurité sociale



Demande de pension - France - vieillesse

*Article 45, paragraphe 4, article 46, paragraphe 1, et article 47, paragraphes 4 et 5, du règlement
(CE) n° 987/2009*

Nombre d'annexes:	[integer].....
Date de l'envoi:	[DD/MM/YYYY].....

Institution expéditrice:	
Code du pays*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Code de l'institution*	[25].....
Dénomination de l'institution*	[155].....
Rue	[155].....
Ville	[65].....
Code postal	[25].....
Région	[65].....
Pays	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Téléphone	[65].....
Télécopie	[65].....
Courriel	[255].....
Institution destinataire:	
Code du pays*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Code de l'institution*	[25].....
Dénomination de l'institution*	[155].....
Rue	[155].....
Ville	[65].....
Code postal	[25].....
Région	[65].....
Pays	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Téléphone	[65].....
Télécopie	[65].....
Courriel	[255].....

1. Numéros de dossier	
1.1 Numéro du dossier auprès de l'institution expéditrice ^{1*}	[65].....
1.2 Numéro du dossier auprès de l'institution destinataire ²	[65].....

2. Autres institutions concernées³	
2.1 Institution*	
2.1.1 Code pays	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....

2.1.2 Code de l'institution ⁴	[25].....
2.1.3 Dénomination de l'institution ⁵	[155].....
2.2 Numéro personnel d'identification ⁶	[65].....
2.3 Numéro de dossier ⁷	[65].....

3. Demandeur

3.1 Demandeur

3.1.1 Nom(s) de famille*	[155].....
3.1.2 Prénom(s)*	[155].....
3.1.3 Date de naissance*	[DD/MM/YYYY].....
3.1.4 Sexe*	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Inconnu
3.1.5 Nom(s) de famille à la naissance	[155].....
3.1.6 Prénom(s) à la naissance	[155].....

3.1.7 Si vous connaissez le numéro personnel d'identification de la personne, veuillez remplir ce qui suit:

Identification de la personne concernée (numéro d'identification personnel)

3.1.7.1 Numéro personnel d'identification dans l'institution expéditrice	[65].....
3.1.7.2 Numéro personnel d'identification dans l'institution destinataire	[65].....

3.1.8 Si vous ne connaissez pas le numéro personnel d'identification de la personne, veuillez remplir ce qui suit:

Identification de la personne concernée (sans le numéro d'identification personnel)

3.1.8.1 Lieu de naissance ^{8*}	[155].....
3.1.8.2 Nom de famille du père à la naissance ⁹	[155].....
3.1.8.3 Nom de famille de la mère à la naissance ¹⁰	[155].....
3.1.8.4 Prénom du père	[155].....
3.1.8.5 Prénom de la mère	[155].....
3.2 Informations complémentaires sur la personne	
3.2.1 Nationalité ¹¹ 	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
3.2.2 Nom(s) précédent(s) ¹²	[155].....
3.2.3 Adresse ¹³	
3.2.3.1 Rue	[155].....
3.2.3.2 Ville	[65].....
3.2.3.3 Code postal	[25].....
3.2.3.4 Région ¹⁴	[65].....
3.2.3.5 Pays	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
3.2.4 État civil ¹⁵ 	
3.2.4.1 État civil	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Cohabitant <input type="checkbox"/> Partenariat enregistré

	<input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> En situation de dissolution d'un partenariat enregistré <input type="checkbox"/> Séparé(e)(e) <input type="checkbox"/> Veuf/veuve
3.2.4.2 Date de changement d'état civil	[DD/MM/YYYY].....

4. Informations supplémentaires sur le demandeur4.1 Même ménage¹⁶

- Oui
 Non

Veillez remplir ce qui suit si le choix posé à la rubrique "Même ménage" = "Oui" :

4.2 Date de début de cohabitation¹⁷ [DD/MM/YYYY].....**5. Précisions sur l'activité salariée ou non salariée du demandeur** 

5.1 Profession [155].....

5.2 Activité salariée ou non salariée rémunérée¹⁸

- Le demandeur exerce encore une activité salariée rémunérée.
 Le demandeur exerce encore une activité non salariée.
 Le demandeur a cessé d'exercer une activité salariée rémunérée.
 Le demandeur a cessé d'exercer une activité non salariée.
 Le demandeur compte prendre sa retraite (arrêt d'une activité salariée).
 Le demandeur compte prendre sa retraite (arrêt d'une activité non salariée).
 Le demandeur compte entamer une activité salariée rémunérée.
 Le demandeur compte entamer une activité non salariée.

5.3 Date de début de l'activité salariée ou non salariée prévue¹⁹ [DD/MM/YYYY].....5.4 Date de fin de l'activité salariée ou non salariée²⁰ [DD/MM/YYYY].....5.5 Date prévue pour la retraite au titre de l'activité salariée ou non salariée²¹ [DD/MM/YYYY].....

5.6 Heures par semaine [decimal].....

5.7 Montant des revenus 5.7.1 Montant²² [decimal].....

5.7.2 Devise [From Currency list].....

5.7.3 Montant effectif depuis²³ [DD/MM/YYYY].....5.7.4 Fréquence de versement²⁴

- Année
 Trimestre
 Mois (12/an)
 Mois (13/an)
 Mois (14/an)
 Semaine

5.7.5 Autre fréquence de versement	<input type="checkbox"/> Autre (veuillez indiquer l'autre fréquence de versement). [155].....
------------------------------------	--

6. Informations supplémentaires sur l'activité salariée ou non salariée du demandeur	
6.1 Période d'éducation d'enfant de moins de 16 ans ²⁵	[DD/MM/YYYY].....

7. Détails sur les prestations perçues par le demandeur	
7.1 Détails des prestations	
7.1.1 Prestations ²⁶	
	<input type="checkbox"/> Continuation du paiement du salaire ou du traitement en cas de maladie <input type="checkbox"/> Prestations en espèces de l'assurance maladie pour incapacité de travail <input type="checkbox"/> Prestations en espèces à court terme en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle <input type="checkbox"/> Allocations de rééducation <input type="checkbox"/> Prestations familiales <input type="checkbox"/> Prestations de chômage <input type="checkbox"/> Prestations de préretraite <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité <input type="checkbox"/> Prestation de retraite anticipée <input type="checkbox"/> Pension de vieillesse <input type="checkbox"/> Pension de survie <input type="checkbox"/> Pension d'accident du travail ou de maladie professionnelle Prestation assimilable à une pension due à la suite <input type="checkbox"/> d'un accident de la route (au titre de l'assurance automobile obligatoire) <input type="checkbox"/> Prestations ne relevant pas du règlement <input type="checkbox"/> Autres prestations servies
Veuillez remplir ce qui suit si le choix posé à la rubrique "Prestations" = "Autres prestations servies" :	
7.1.2 Autres prestations servies ²⁷	[155].....
7.1.3 État ²⁸	<input type="checkbox"/> Demandée <input type="checkbox"/> Accordée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Provisoire
7.1.4 Institution	
7.1.4.1 Institution*	
7.1.4.1.1 Code pays	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
7.1.4.1.2 Code de l'institution ⁴	[25].....
7.1.4.1.3 Dénomination de l'institution ⁵	[155].....
7.1.4.2 Numéro personnel d'identification ⁶	[65].....
7.1.4.3 Numéro de dossier ⁷	[65].....
7.1.5 Date de début du versement des prestations ²⁹	[DD/MM/YYYY].....
7.1.6 Date de fin du versement des prestations ³⁰	[DD/MM/YYYY].....
7.1.7 Date d'ouverture du droit aux prestations ³¹	[DD/MM/YYYY].....
7.1.8 Date d'expiration du droit aux prestations ³²	[DD/MM/YYYY].....

7.1.9 Montant ³³	
7.1.9.1 Montant ²²	[decimal].....
7.1.9.2 Devise	[From Currency list].....
7.1.9.3 Montant effectif depuis ²³	[DD/MM/YYYY].....
7.1.9.4 Fréquence de versement ²⁴	<input type="checkbox"/> Année <input type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> Mois (12/an) <input type="checkbox"/> Mois (13/an) <input type="checkbox"/> Mois (14/an) <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Autre (veuillez indiquer l'autre fréquence de versement).
7.1.9.5 Autre fréquence de versement	[155].....

8. Informations supplémentaires sur les prestations versées au demandeur

8.1 Droit aux prestations de maladie ³⁴	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À déterminer
8.2 Aptitude au travail selon la déclaration du demandeur ³⁵	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8.3 Besoin d'une aide permanente d'une tierce personne selon la déclaration du demandeur ³⁶	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8.4 Selon la déclaration du demandeur, capacité fonctionnelle amoindrie ³⁷	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8.5 Prestation d'aide ³⁸	<input type="checkbox"/> Demandées <input type="checkbox"/> Accordées <input type="checkbox"/> Refusées
8.6 Prestations assorties de prestations complémentaires ³⁹	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

9. Conjoint

9.1 Type de conjoint ⁴⁰	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> En partenariat enregistré <input type="checkbox"/> Partenaire cohabitant
9.2 Identité de la personne concernée	
9.2.1 Nom(s) de famille*	[155].....
9.2.2 Prénom(s)*	[155].....
9.2.3 Date de naissance*	[DD/MM/YYYY].....
9.2.4 Sexe*	

	<input type="checkbox"/> Féminin
	<input type="checkbox"/> Masculin
	<input type="checkbox"/> Inconnu
9.2.5 Nom(s) de famille à la naissance	[155].....
9.2.6 Prénom(s) à la naissance	[155].....
.....	
9.2.7 Si vous connaissez le numéro personnel d'identification de la personne, veuillez remplir ce qui suit:	
<input type="checkbox"/> Identification de la personne concernée (numéro d'identification personnel)	
9.2.7.1 Numéro personnel d'identification dans l'institution expéditrice	[65].....
9.2.7.2 Numéro personnel d'identification dans l'institution destinataire	[65].....
.....	
9.2.8 Si vous ne connaissez pas le numéro personnel d'identification de la personne, veuillez remplir ce qui suit:	
<input type="checkbox"/> Identification de la personne concernée (sans le numéro d'identification personnel)	
9.2.8.1 Lieu de naissance ^{8*}	[155].....
9.2.8.2 Nom de famille du père à la naissance ⁹	[155].....
9.2.8.3 Nom de famille de la mère à la naissance ¹⁰	[155].....
9.2.8.4 Prénom du père	[155].....
9.2.8.5 Prénom de la mère	[155].....
9.3 Informations complémentaires sur la personne	
9.3.1 Nationalité ⁴¹ 	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
9.3.2 Nom(s) précédent(s) ⁴²	[155].....
9.3.3 Si vous disposez du numéro personnel d'identification de la personne, veuillez remplir ce qui suit pour chaque autre institution concernée: 	
9.3.3.1 Institution*	
9.3.3.1.1 Code pays	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
9.3.3.1.2 Code de l'institution ⁴	[25].....
9.3.3.1.3 Dénomination de l'institution ⁵	[155].....
9.3.3.2 Numéro personnel d'identification ⁴³	[65].....

10. Informations supplémentaires sur le conjoint	
10.1 Conjoint/Partenaire percevant des revenus, des prestations ou des allocations ⁴⁴	
	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non
10.2 Apte au travail ⁴⁵	
	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non

11. Enfants 	
11.1 Identification de la personne	
11.1.1 Nom(s) de famille*	[155].....
11.1.2 Prénom(s)*	[155].....
11.1.3 Date de naissance*	[DD/MM/YYYY].....

11.1.4 Sexe*	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Inconnu
11.1.5 Nom(s) de famille à la naissance	[155].....
11.1.6 Prénom(s) à la naissance	[155].....
.....	
11.1.7 Si vous connaissez le numéro personnel d'identification de la personne, veuillez remplir ce qui suit: <input type="checkbox"/> Identification de la personne concernée (numéro d'identification personnel)	
11.1.7.1 Numéro personnel d'identification dans l'institution expéditrice	[65].....
11.1.7.2 Numéro personnel d'identification dans l'institution destinataire	[65].....
.....	
11.1.8 Si vous ne connaissez pas le numéro personnel d'identification de la personne, veuillez remplir ce qui suit: <input type="checkbox"/> Identification de la personne concernée (sans le numéro d'identification personnel)	
11.1.8.1 Lieu de naissance ^{8*}	[155].....
11.1.8.2 Nom de famille du père à la naissance ⁹	[155].....
11.1.8.3 Nom de famille de la mère à la naissance ¹⁰	[155].....
11.1.8.4 Prénom du père	[155].....
11.1.8.5 Prénom de la mère	[155].....
11.2 Informations supplémentaires sur la personne	
11.2.1 Nationalité ⁴⁶	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
11.2.2 Lien (de parenté) avec le demandeur	<input type="checkbox"/> Propre enfant <input type="checkbox"/> Enfant adopté <input type="checkbox"/> Enfant placé dans la famille <input type="checkbox"/> Enfant né d'un mariage antérieur <input type="checkbox"/> Petit-enfant
11.2.3 Date du décès	[DD/MM/YYYY].....
11.2.4 Si vous disposez du numéro personnel d'identification de la personne, veuillez remplir ce qui suit pour chaque autre institution concernée: 	
11.2.4.1 Institution*	
11.2.4.1.1 Code pays	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
11.2.4.1.2 Code de l'institution ⁴	[25].....
11.2.4.1.3 Dénomination de l'institution ⁵	[155].....
11.2.4.2 Numéro personnel d'identification ⁴³	[65].....

12. Informations sur le représentant/tuteur légal	
12.1 Nom/Dénomination ⁴⁷	[255].....
12.2 Motifs ⁴⁸	[255].....
12.3 Adresse	
12.3.1 Rue	[155].....
12.3.2 Ville	[65].....
12.3.3 Code postal	[25].....
12.3.4 Région ¹⁴	[65].....

12.3.5 Pays	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
-------------	------------------------------------

13. Informations sur le paiement

13.1 Versements au ⁴⁹	<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Représentant/tuteur légal
13.2 Données bancaires ⁵⁰	
13.2.1 Nom de la banque	[65].....
13.2.2 Adresse ⁵¹	
13.2.2.1 Rue	[155].....
13.2.2.2 Ville	[65].....
13.2.2.3 Code postal	[25].....
13.2.2.4 Région ¹⁴	[65].....
13.2.2.5 Pays	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
13.2.3 Code d'identification ⁵²	[25].....
13.2.4 Numéro de compte bancaire international (IBAN) ⁵³	[65].....

14. Divers

14.1 Date de présentation de la demande ⁵⁴	[DD/MM/YYYY].....
14.2 Date de début des versements de la pension réclamée par le demandeur ⁵⁵	[DD/MM/YYYY].....
14.3 Date d'effet de la pension ⁵⁶	[DD/MM/YYYY].....
14.4 Sursis à liquidation 	
14.4.1 Pays au titre de la législation duquel il a été demandé de surseoir ⁵⁷	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
14.4.2 Durée du report (jusqu'à quelle date) ⁵⁸	[DD/MM/YYYY].....
14.5 Destinataire de la décision ⁵⁹ 	<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Représentant/tuteur légal
14.6 Motifs des retenues ⁶⁰ 	<input type="checkbox"/> Règlement (CE) n° 987/2009: article 72, paragraphe 1 <input type="checkbox"/> Règlement (CE) n° 987/2009: article 72, paragraphe 2 <input type="checkbox"/> Règlement (CE) n° 987/2009: article 72, paragraphe 3
14.7 Annexes 	<input type="checkbox"/> Certificats de travail <input type="checkbox"/> Attestation médicale (par ex. E213) <input type="checkbox"/> Autres (veuillez ajouter d'autres pièces jointes)
14.8 Autres pièces jointes	[255].....
14.9 Nombre de pièces jointes	[integer].....
14.10 Demande de 	<input type="checkbox"/> P5000 <input type="checkbox"/> P6000 <input type="checkbox"/> Copie de la décision nationale en matière de pension <input type="checkbox"/> Autre(s)
14.11 Autres documents demandés	[255].....

14.12 Observations⁶¹ [500].....

Signature de l'institution expéditrice:

Date [DD/MM/YYYY].....
Signature Cachet



Notes explicatives

		Apposé à une section ou à un champ, ce symbole signifie que la section ou le champ en question peuvent être utilisés à plusieurs reprises en les copiant/collant autant de fois que nécessaire.
		
		Apposé à une liste d'éléments, ce symbole signifie que plusieurs éléments de la liste peuvent être sélectionnés.
	*	Ce symbole signifie que cette section/ce champ est obligatoire et doit être complété.
1	Numéro du dossier auprès de l'institution expéditrice	Numéro de dossier auprès de l'institution expéditrice (si celui-ci est disponible)
2	Numéro du dossier auprès de l'institution destinataire	Liste des autres institutions concernées par ce dossier. Informations sur les institutions et pour chacune des institutions : numéro du dossier et numéro personnel d'identification de la personne désignée à la section 3.
3	Autres institutions concernées	Liste des autres institutions concernées par ce dossier. Informations sur les institutions et pour chacune des institutions, le numéro du dossier et le numéro personnel d'identification de la personne désignée à la section 3
4	Code de l'institution	Numéro d'identification de l'institution
5	Dénomination de l'institution	Nom de l'institution
6	Numéro personnel d'identification	Numéro personnel d'identification de la personne auprès de l'institution concernée
7	Numéro de dossier	Numéro de dossier des institutions pour ce dossier
8	Lieu de naissance	Ville, région et pays de naissance de la personne
9	Nom de famille du père à la naissance	Indiquer le nom de naissance du père s'il est différent de celui de la personne
10	Nom de famille de la mère à la naissance	Indiquer le nom de naissance de la mère s'il est différent de celui de la personne
11	Nationalité	À remplir si la personne est un ressortissant d'un pays tiers
12	Nom(s) précédent(s)	Noms antérieurs de la personne concernée. Veuillez indiquer si le nom est un nom de famille ou prénom antérieurs de la personne concernée.
13	Adresse	Adresse postale de la personne, de son représentant ou de l'autorité concernée: adresse de rue ou boîte postale, code pays selon la norme ISO3166-1-alpha-2
14	Région	Nom de la région (si nécessaire)
15	État civil	Indiquez la situation familiale de la personne et la date à compter de laquelle cette situation est effective. Si la personne a eu d'autres situations familiales antérieures, indiquez-les toutes avec les dates correspondantes. Toutes les situations familiales que la personne a connues dans sa vie doivent être mentionnées ici.
16	Même ménage	Indiquez si le demandeur vit dans le même ménage que le conjoint ou le partenaire.
17	Date de début de cohabitation	Indiquez la date depuis laquelle la personne assurée vit dans le même ménage que le conjoint ou le partenaire.

- 18 Activité salariée ou non salariée rémunérée Indiquez selon les propres déclarations du demandeur s'il exerce / n'exerce pas une activité salariée ou non salariée rémunérée ou s'il prévoit de prendre sa retraite ou d'entamer une activité salariée ou non salariée rémunérée.
- 19 Date de début de l'activité salariée ou non salariée prévue Si le demandeur a exprimé l'intention d'entamer une activité salariée ou non salariée rémunérée, indiquer le jour à partir duquel il prévoit de commencer (s'il a mentionné une date).
- 20 Date de fin de l'activité salariée ou non salariée Si le demandeur a cessé d'exercer une activité salariée ou non salariée rémunérée, indiquez le dernier jour d'activité.
- 21 Date prévue pour la retraite au titre de l'activité salariée ou non salariée Si le demandeur a exprimé l'intention de se retirer d'une activité salariée ou non salariée, indiquez le premier jour à compter duquel il compte cesser son activité selon ses propres déclarations.
- 22 Montant Indiquez le montant actuel des prestations/de la pension/du revenu avant déduction des impôts. Si les prestations/la pension/le revenu ont/a déjà cessé, indiquez le dernier montant avant déduction des impôts. Si le montant a considérablement varié durant la période de droit, indiquez aussi les montants précédents en répétant l'ensemble de données.
- 23 Montant effectif depuis Indiquez la date depuis laquelle le montant est effectif.
- 24 Fréquence de versement Précisez la fréquence de versements des prestations/de la pension/du revenu (annuelle, trimestrielle, mensuelle, hebdomadaire, autre).
- 25 Période d'éducation d'enfant de moins de 16 ans Sous certaines conditions, le montant de la pension de vieillesse peut être augmenté (majoration pour enfants à charge) si le demandeur a élevé des enfants jusqu'à ce que ceux-ci atteignent l'âge de 16 ans.
- 26 Prestations Vérifiez si le demandeur a demandé ou reçoit une des prestations en espèces suivantes, si elles sont versées à court ou à long terme et par quelle institution de sécurité sociale. Pour plus de précision, le maintien du salaire en cas de maladie fait référence au versement d'indemnités de maladie par l'employeur et les prestations de préretraite se rapportent aux prestations en espèces allouées à partir d'un certain âge à des travailleurs qui ont réduit, cessé ou suspendu leurs activités rémunérées jusqu'à l'âge où ils peuvent prétendre à une pension de vieillesse ou une pension de retraite anticipée.
- 27 Autres prestations servies Si la personne perçoit ou a demandé des prestations qui ne figurent pas dans la liste, veuillez indiquer le type de prestations perçues/demandées.
- 28 État Indiquez si la prestation en question a été demandée, accordée ou refusée ou si elle a été accordée à titre provisoire.
- 29 Date de début du versement des prestations Indiquez le jour à compter duquel la pension ou les prestations ont été versées.
- 30 Date de fin du versement des prestations Indiquez jusqu'à quel jour la pension ou les prestations sont payables.
- 31 Date d'ouverture du droit aux prestations Indiquez jusqu'à quel jour la pension ou les prestations sont payables.
- 32 Date d'expiration du droit aux prestations Indiquez jusqu'à quel jour la pension ou les prestations ont été accordées.
- 33 Montant Indiquez le montant actuel des prestations/de la pension/du revenu avant déduction des impôts. Si les prestations/la pension/le revenu ont/a déjà cessé, indiquez le dernier montant avant déduction des impôts. Si le montant a considérablement varié durant la période de droit, indiquez aussi les montants précédents en répétant l'ensemble de données.
- 34 Droit aux prestations de maladie Indiquez si le demandeur a droit aux prestations de maladie en nature.
- 35 Aptitude au travail selon la Vérifiez si le demandeur est apte au travail. S'il ne l'est pas, un rapport

déclaration du demandeur	médical doit être joint.
Besoin d'une aide permanente d'une tierce personne selon la déclaration du demandeur	Vérifiez si le demandeur a besoin d'une aide constante, étant incapable d'accomplir sans assistance les tâches quotidiennes comme se nourrir et s'habiller. Si le demandeur a besoin d'une aide constante, un rapport médical doit être joint.
36	
Selon la déclaration du demandeur, capacité fonctionnelle amoindrie	Indiquez si la capacité fonctionnelle du demandeur a / n'a pas été réduite par la maladie/l'accident au point qu'il n'est plus en mesure d'accomplir ses tâches quotidiennes ordinaires ou si la maladie/l'accident a / n'a pas entraîné des difficultés financières supplémentaires à long terme (un rapport médical doit être joint).
37	
38 Prestation d'aide	Vérifiez si le demandeur a demandé ou perçoit des prestations relatives à l'aide d'une tierce personne afin d'accomplir les tâches quotidiennes ordinaires.
39 Prestations assorties de prestations complémentaires	Vérifiez si le demandeur bénéficie de prestations supplémentaires relatives à l'assistance d'une tierce personne afin de lui permettre d'accomplir les tâches quotidiennes ordinaires et si ces prestations peuvent être réduites dans le cas où des prestations similaires sont accordées par une autre institution.
40 Type de conjoint	Précisez les liens du conjoint avec le demandeur.
41 Nationalité	À remplir si la personne est un ressortissant d'un pays tiers
42 Nom(s) précédent(s)	Noms antérieurs de la personne concernée. Veuillez indiquer si le nom est un nom de famille ou prénom antérieurs de la personne concernée.
43 Numéro personnel d'identification	Numéro personnel d'identification de la personne assurée
44 Conjoint/Partenaire percevant des revenus, des prestations ou des allocations	Vérifiez si le conjoint/partenaire touche ou non des revenus, prestations ou allocations. NOTE: À ce stade, la France doit simplement savoir si le conjoint dispose de ressources quelconques. Dans l'affirmative, un questionnaire sera envoyé au demandeur pour obtenir plus d'informations sur les ressources (nature, montant) de son conjoint (toutes sources de revenus)
45 Apte au travail	Vérifiez si le conjoint est apte au travail.
46 Nationalité	À remplir si la personne est un ressortissant d'un pays tiers
47 Nom/Dénomination	Nom du représentant, à savoir le nom de la personne ou d'une autorité, par ex. un office de tutelle publique, qui représente le demandeur
48 Motifs	Indiquez les motifs justifiant la désignation du représentant/tuteur légal. Décrivez succinctement le rôle du représentant/tuteur légal et joignez une attestation au DES.
49 Versements au	Veuillez préciser si la pension doit être versée au demandeur ou à son représentant
50 Données bancaires	Indiquez les coordonnées bancaires du demandeur ou de son représentant/tuteur légal pour le versement de la pension.
51 Adresse	Adresse postale de la personne, de son représentant ou de l'autorité concernée: adresse de rue ou boîte postale, code pays selon la norme ISO3166-1-alpha-2
52 Code d'identification	Indiquer le code guichet de l'agence concernée de l'établissement bancaire (BIC/SWIFT)
53 Numéro de compte bancaire international (IBAN)	Indiquer l'identifiant international de compte bancaire attribué à l'établissement bancaire (IBAN)
54 Date de présentation de la demande	Indiquez la date à laquelle le demandeur a introduit la demande de pension initiale.
55 Date de début des versements de la pension réclamée par le demandeur	Indiquez la date à partir de laquelle le demandeur souhaite que sa pension soit versée par le pays destinataire.
56 Date d'effet de la pension	Indiquez la date à laquelle commence le versement de la pension par

	le pays expéditeur
57 Pays au titre de la législation duquel il a été demandé de surseoir	Indiquez le pays (code ISO3166-1-alpha-2) dans lequel le demandeur souhaite surseoir à la liquidation de sa pension. Veuillez noter que les informations doivent être fournies pour chaque pays séparément
58 Durée du report (jusqu'à quelle date)	Indiquez la date à partir de laquelle le demandeur souhaite que sa pension soit versée par le pays en question.
59 Destinataire de la décision	Veillez préciser si la décision concernant la pension doit être adressée au demandeur, à un représentant du demandeur ou aux deux. Ceci n'est pas une demande officielle de compensation des prestations. Afin d'ouvrir une procédure de compensation conformément à l'article 72, paragraphe 1, du règlement (CE) n° 987/2009, une institution compétente qui a indument payé des prestations doit envoyer un DES de recouvrement R001 à l'institution requise. Afin d'ouvrir une procédure de compensation conformément à l'article 72, paragraphe 2, du règlement (CE) n° 987/2009, veuillez envoyer aussi un DES de recouvrement R005 à l'institution requise. Afin d'ouvrir une procédure de compensation conformément à l'article 72, paragraphe 3, du règlement (CE) n° 987/2009, une institution d'aide sociale compétente dans votre État membre qui a indument payé des prestations doit envoyer une demande écrite à l'institution requise étant donné que les institutions d'aide sociale ne participent pas à l'EESSI. Utilisez les remarques pour ajouter d'autres informations, notamment pour préciser quelle est l'autorité qui a été informée de la demande de pension et qui demandera peut-être la compensation.
60 Motifs des retenues	
61 Observations	Ajoutez d'autres observations que vous jugez utiles pour compléter ces informations.

Commission administrative
pour la coordination
des systèmes de sécurité sociale



Rapport relatif à la carrière d'assurance

Article 12, paragraphe 1, article 46, paragraphe 1, et article 47, paragraphe 4, du règlement (CE) n° 987/2009

Nombre d'annexes:	[integer].....
Date de l'envoi:	[DD/MM/YYYY].....

Institution expéditrice:	
Code du pays*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Code de l'institution*	[25].....
Dénomination de l'institution*	[155].....
Rue	[155].....
Ville	[65].....
Code postal	[25].....
Région	[65].....
Pays	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Téléphone	[65].....
Télécopie	[65].....
Courriel	[255].....
Institution destinataire:	
Code du pays*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Code de l'institution*	[25].....
Dénomination de l'institution*	[155].....
Rue	[155].....
Ville	[65].....
Code postal	[25].....
Région	[65].....
Pays	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Téléphone	[65].....
Télécopie	[65].....
Courriel	[255].....

1. Numéros de dossier	
1.1 Numéro du dossier auprès de l'institution expéditrice ^{1*}	[65].....
1.2 Numéro du dossier auprès de l'institution destinataire ²	[65].....

2. Autres institutions concernées³	
2.1 Institution*	
2.1.1 Code pays	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....

2.1.2 Code de l'institution ⁴	[25].....
2.1.3 Dénomination de l'institution ⁵	[155].....
2.2 Numéro personnel d'identification ⁶	[65].....
2.3 Numéro de dossier ⁷	[65].....

3. Personne assurée⁸	
3.1 Identification de la personne	
3.1.1 Nom(s) de famille*	[155].....
3.1.2 Prénom(s)*	[155].....
3.1.3 Date de naissance*	[DD/MM/YYYY].....
3.1.4 Sexe*	
	<input type="checkbox"/> Féminin
	<input type="checkbox"/> Masculin
	<input type="checkbox"/> Inconnu
3.1.5 Nom(s) de famille à la naissance	[155].....
3.1.6 Prénom(s) à la naissance	[155].....
.....	
3.1.7 Si vous connaissez le numéro personnel d'identification de la personne, veuillez remplir ce qui suit:	
<input type="checkbox"/> Identification de la personne concernée (numéro d'identification personnel)	
3.1.7.1 Numéro personnel d'identification dans l'institution expéditrice	[65].....
3.1.7.2 Numéro personnel d'identification dans l'institution destinataire	[65].....
.....	
3.1.8 Si vous ne connaissez pas le numéro personnel d'identification de la personne, veuillez remplir ce qui suit:	
<input type="checkbox"/> Identification de la personne concernée (sans le numéro d'identification personnel)	
3.1.8.1 Lieu de naissance ^{9*}	[155].....
3.1.8.2 Nom de famille du père à la naissance ¹⁰	[155].....
3.1.8.3 Nom de famille de la mère à la naissance ¹¹	[155].....
3.1.8.4 Prénom du père	[155].....
3.1.8.5 Prénom de la mère	[155].....
3.2 Informations complémentaires sur la personne	
3.2.1 Nationalité ¹²	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
3.2.2 Nom(s) antérieur(s)	[155].....
3.2.3 Adresse ¹³	
3.2.3.1 Rue	[155].....
3.2.3.2 Ville	[65].....
3.2.3.3 Code postal	[25].....
3.2.3.4 Région ¹⁴	[65].....
3.2.3.5 Pays	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....

4. Demandeur (pension de survivant)¹⁵	
4.1 Identification de la personne	
4.1.1 Nom(s) de famille*	[155].....
4.1.2 Prénom(s)*	[155].....
4.1.3 Date de naissance*	[DD/MM/YYYY].....

4.1.4 Sexe*	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Inconnu
4.1.5 Nom(s) de famille à la naissance	[155].....
4.1.6 Prénom(s) à la naissance	[155].....
.....	
4.1.7 Si vous connaissez le numéro personnel d'identification de la personne, veuillez remplir ce qui suit: <input type="checkbox"/> Identification de la personne concernée (numéro d'identification personnel)	
4.1.7.1 Numéro personnel d'identification dans l'institution expéditrice	[65].....
4.1.7.2 Numéro personnel d'identification dans l'institution destinataire	[65].....
.....	
4.1.8 Si vous ne connaissez pas le numéro personnel d'identification de la personne, veuillez remplir ce qui suit: <input type="checkbox"/> Identification de la personne concernée (sans le numéro d'identification personnel)	
4.1.8.1 Lieu de naissance ^{9*}	[155].....
4.1.8.2 Nom de famille du père à la naissance ¹⁰	[155].....
4.1.8.3 Nom de famille de la mère à la naissance ¹¹	[155].....
4.1.8.4 Prénom du père	[155].....
4.1.8.5 Prénom de la mère	[155].....
4.2 Informations complémentaires sur la personne	
4.2.1 Nationalité ¹²	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
4.2.2 Nom(s) antérieur(s)	[155].....
4.2.3 Adresse ¹³	
4.2.3.1 Rue	[155].....
4.2.3.2 Ville	[65].....
4.2.3.3 Code postal	[25].....
4.2.3.4 Région ¹⁴	[65].....
4.2.3.5 Pays	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
4.3 Si vous disposez du numéro personnel d'identification de la personne, veuillez remplir ce qui suit pour chaque autre institution concernée: 	
4.3.1 Institution*	
4.3.1.1 Code pays	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
4.3.1.2 Code de l'institution ⁴	[25].....
4.3.1.3 Dénomination de l'institution ⁵	[155].....
4.3.2 Numéro personnel d'identification ¹⁶	[65].....

5. Informations relatives à la carrière de la personne concernée¹⁷ 	
5.1 Date de début	[DD/MM/YYYY].....
5.2 Date de fin	[DD/MM/YYYY].....
.....	
5.3 Type de période	<input type="checkbox"/> Activité salariée <input type="checkbox"/> Activité non salariée <input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/> Enfant à charge

- Assurances volontaires
- Service militaire
- Maternité
- Formation
- Prestations de chômage
- Prestations de maladie
- Autre période

Veillez remplir ce qui suit si le choix posé à la rubrique "Type de période" = "Activité salariée" ou "Type de période = "Activité non salariée" :

5.4 Profession

- 5.4.1 Profession¹⁸ [65].....
- 5.4.2 Nom de l'employeur/la société [255].....
- 5.4.3 Adresse¹⁹
- 5.4.3.1 Rue [155].....
- 5.4.3.2 Ville [65].....
- 5.4.3.3 Code postal [25].....
- 5.4.3.4 Région¹⁴ [65].....
- 5.4.3.5 Pays [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

Veillez remplir ce qui suit si le choix posé à la rubrique "Type de période" = "Enfant à charge" :

5.5 Informations sur l'enfant

- 5.5.1 Nom de famille [155].....
- 5.5.2 Prénom(s) [155].....
- 5.5.3 Date de naissance* [DD/MM/YYYY].....

Veillez remplir ce qui suit si le choix posé à la rubrique "Type de période" = "Prestations de chômage" ou " Type de période = "Prestations de maladie" ou " Type de période = "Formation" :

- 5.6 Nom de l'organisme payeur/de l'institution de formation [255].....

Veillez remplir ce qui suit si le choix posé à la rubrique "Type de période" = "Autre période" :

- 5.7 Type de période²⁰ [65].....
- 5.8 Veuillez compléter l'adresse de la personne assurée durant la période, indépendamment du type de période
- 5.8.1 Rue [155].....
- 5.8.2 Ville [65].....
- 5.8.3 Code postal [25].....
- 5.8.4 Région¹⁴ [65].....
- 5.8.5 Pays [list ISO3166-1-alpha-2 code].....
- 5.9 Numéro d'assurance ou d'affiliation²¹ [65].....
- 5.10 Informations utiles complémentaires concernant la période [255].....

Signature de l'institution expéditrice:

Date [DD/MM/YYYY].....

Signature Cachet