Европейски парламент Parlamento Europeo Evropský parlament Europa-Parlamentet Europäisches Parlament
Euroopa Parlament Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο European Parliament Parlement européen Parlaimint na hEorpa
Europski parlament Parlamento europeo Eiropas Parlaments Europos Parlamentas Európai Parlament
Parlament Ewropew Europees Parlement Parlament Europejski Parlamento Europeu Parlamentul European
Európsky parlament Evropski parlament Euroopan parlamentti Europaparlamentet

DÉCLARATION
en vue du bénéfice d'une pension de survie

Déclaration à renvoyer dûment complétée, dans le délai de 12 mois après le décès de l'agent, à l'adresse suivante :

Parlement européen
Unité Pensions et assurances sociales
ADENAUER O6Q017
L-2929 LUXEMBOURG

par courriel : pensions@ep.europa.eu

Dans le cas d'un bénéficiaire orphelin mineur, à remplir et signer par le représentant légal ou le tuteur.

1. Agent décédé(e):

Nom, prénom(s): ……

N° matricule / N° pension: ……

Date du décès : ……

2. Bénéficiaire (veuf/veuve/orphelin)

Nom, prénom(s) : ……

Nom de jeune fille : ……

Date de naissance : …… Nationalité ……

Activité :

- ☐ Activité professionnelle : ……
- ☐ Demandeur d'emploi depuis le ……
- ☐ Pensionné(e) depuis le ……
- ☐ Sans activité professionnelle
- ☐ Étudiant

État civil au moment du décès de l'agent :

- ☐ célibataire
- ☐ marié(e) depuis le ……
- ☐ partenariat homosexuel enregistré depuis le ……
- ☐ divorcé(e) depuis le …… avec pension alimentaire légale de …… €/mois
- ☐ séparé(e) légalement depuis le ……

Résidence actuelle du bénéficiaire:

Rue, numéro : ……

Code postal et ville : ……

Pays : ……

Téléphone : ……

E-mail : ……

Enfants à charge au moment du décès de l'agent

Nom, prénom(s) :	***Date de naissance :***	***En formation scolaire, universitaire ou professionnelle (*):***
		☐ **OUI** ☐ **NON**
		☐ **OUI** ☐ **NON**
		☐ **OUI** ☐ **NON**
		☐ **OUI** ☐ **NON**
		☐ **OUI** ☐ **NON**
		☐ **OUI** ☐ **NON**

(*) dans l'affirmative, joindre un <u>certificat d'inscription</u> délivré par l'établissement fréquenté

Un/des enfant/s exerce/nt une activité lucrative *(p.ex. job d'étudiant, allocation d'apprentissage) :*

☐ **OUI** *(joindre un document attestant le montant des revenus de chaque enfant concerné)*

☐ **NON**

Allocations familiales perçues par ailleurs *(foyer, enfant à charge, etc.)* **:**

Je perçois *par ailleurs* des allocations de même nature que les allocations familiales des institutions européennes :

☐ **OUI** *(joindre un document indiquant la nature et le montant des allocations)*

☐ **NON**

Je confirme que les indications qui précèdent sont sincères et complètes.

…… ……

(Lieu et Date) ***(Signature)***