

**DEMANDE DU CONJOINT SURVIVANT EN VUE D'OBTENIR  
LE BÉNÉFICE DU COMPLÉMENT DE RENTE DE 20 %  
LÉGISLATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES.**

(Art. L 434-8 et 9 et R 434-12 à 14 du Code de la Sécurité Sociale)

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT SURVIVANT**

Numéro d'immatriculation : .....

NOM : \_\_\_\_\_

*(Pour les femmes, indiquer le nom de jeune fille suivi s'il y a lieu de épouse X... ou veuve X...)*

Prénom : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : L \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Adresse N° \_\_\_\_\_ rue \_\_\_\_\_

Département \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Bureau distributeur : \_\_\_\_\_

**OBJET DE LA DEMANDE**

Titulaire de la rente de conjoint survivant N°.....

à la suite de l'accident de travail ou de la maladie professionnelle qui a entraîné le décès  
de mon conjoint à la date du \_\_\_\_\_

je demande à bénéficier du complément de rente de 20 % prévu aux articles L 434-8 et 9 du  
Code de la Sécurité Sociale, en raison de mon incapacité de travail générale dont le taux  
est au moins de 50 %.

**IMPORTANT** : *Un certificat médical indiquant la nature, le taux et la durée probable de  
l'incapacité de travail doit OBLIGATOIREMENT ÊTRE JOINT à cette demande.*

Êtes-vous titulaire ou avez-vous demandé le bénéfice d'une pension de veuf ou de veuve invalide ?  
(Art. L 342-1 du Code de la Sécurité Sociale) (1) .....  OUI  NON

Sont punies d'amende ou d'emprisonnement  
toutes fraudes ou fausses déclarations.  
(Art. L 471-3 du Code de la Sécurité Sociale  
Art. 441.1 du Code Pénal).

le \_\_\_\_\_

j'atteste sur l'honneur l'exactitude des  
renseignements portés ci-dessus.

(1) *Mettre une croix dans la case  
de la réponse exacte.*

*Signature du demandeur,*