



Demande de majoration de pension pour assistance d'une tierce personne

► **Pour nous contacter :**

**Vous désirez des informations complémentaires,
vous souhaitez nous rencontrer,**

- **appelez-nous au 01 41 58 45 45**
- **connectez-vous sur le site www.cavimac.fr**



• Etes-vous hospitalisé(e) à la date de la présente demande ? OUI NON (1)

Si OUI, depuis quelle date : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Si NON, à quand remonte votre dernière hospitalisation : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

• Etes-vous bénéficiaire ou avez-vous demandé une pension d'invalidité ou anticipée pour raison médicale auprès d'un autre régime ? OUI NON (1)

• Si vous avez répondu OUI, veuillez indiquer :

- le nom de la Caisse : _____

- son adresse : _____

• Etes-vous bénéficiaire ou avez-vous demandé un avantage de même nature que la majoration auprès d'un autre organisme à quelque titre que ce soit (militaire, accident du travail, aide sociale, etc...) ? OUI NON (1)

• Si vous avez répondu OUI, veuillez indiquer :

- le nom de la Caisse : _____

- son adresse : _____

- et le montant mensuel de l'aide perçue : |_____| €

(1) Cochez la case correspondante.

MODE DE PAIEMENT

Je désire que mes arrérages soient versés (mettre une croix dans la case correspondante)

• par mandat postal à mon nom • sur mon compte de Caisse d'épargne

• par virement à mon CCP • sur le compte désigné par ma collectivité

• par virement à mon compte bancaire • sur le compte de ma Maison de retraite

Je joins un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

NB. Information qui n'est utile que si vous souhaitez un changement du mode de paiement de votre pension et de la majoration.

TIERS RESPONSABLE

• L'assistance d'une tierce personne est-elle la conséquence d'un accident ? OUI NON

• Une action a-t-elle été engagée contre un tiers ? OUI NON

(Dans le cas d'une réponse positive, préciser en observations le nom et l'adresse du tiers responsable et de sa compagnie d'assurance).

Je soussigné(e) déclare que mon état de santé nécessite l'aide constante d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ⁽¹⁾ et atteste sur l'honneur l'exactitude de la présente déclaration.

Fait à : _____ le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

SIGNATURE DU DEMANDEUR

NB. Au cas où le demandeur ne peut signer lui-même, pour raison médicale, une personne mandatée peut signer à sa place sous réserve de justifier de son mandat.

(1) Par actes ordinaires de la vie courante, il convient d'entendre les actions de se lever, se coucher, se mouvoir, se vêtir, s'alimenter, faire sa toilette.

IMPORTANT : La loi rend passible de sanctions graves quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L. 377-1 du Code de la Sécurité Sociale - Article L. 150 du Code Pénal).

OBSERVATIONS EVENTUELLES DU DEMANDEUR
