

MINISTERE DE LA DEFENSE
OFFICE NATIONAL
DES ANCIENS COMBATTANTS
ET VICTIMES DE GUERRE

DEMANDE DE RETRAITE DU COMBATTANT

Article L255 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

A COMPLETER (en lettres majuscules)

NOM :

NOM MARITAL :

PRENOMS (dans l'ordre de l'état civil) :

DATE DE NAISSANCE : LOCALITE DE NAISSANCE :

DEPARTEMENT DE NAISSANCE : PAYS DE NAISSANCE :

NATIONALITE (actuelle) :

N° DE SECURITE SOCIALE (N ° INSEE) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ATTENTION : cette donnée est obligatoire pour tous les demandeurs de nationalité française et pour les demandeurs de nationalité étrangère résidant en France.

ADRESSE (de résidence) :

Code postal : Localité :

Pays :

CARTE DU COMBATTANT : N° : Délivrée le :
Par le service départemental de l'ONAC de :
Au titre de

TITULAIRE D'UNE PENSION MILITAIRE D'INVALIDITE : NON OUI N°

FAIT LE

SIGNATURE DU DEMANDEUR :