

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 :