



DEMANDE DE RÉVISION DE PENSION ASSURANCE VIEILLESSE DES MARINS



Votre identité

Nom de famille : _____

Nom d'usage (si femme mariée) : _____

Prénom : _____

Numéro de sécurité sociale :

Numéro de pension : _____

Date de naissance : / /

Courriel : _____ @ _____

Votre adresse

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____

Pays : _____

Votre demande

Motif de la demande :

- Annuité Catégorie Bonification enfant Autre

Commentaire : _____

**FORMULAIRE À ADRESSER VIA
« JE TRANSMETS UN DOCUMENT À L'ENIM »
SUR VOTRE ESPACE PERSONNEL ENIM**

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L.144-13 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal)