

DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITÉ DES SALARIÉS

(Articles : L 341-1 à L 341-6, L 371-4, R 313-5 et R 341-2 à R 341-13 du code de la sécurité sociale)

1 RENSEIGNEMENTS D'ÉTAT CIVIL

Nom de famille : Prénoms :
 Nom d'usage : Date de naissance :
 Lieu de naissance : Nationalité :
 Qualité civile : Marié(e) Célibataire Veuf(ve) Divorcé(e)
 Concubin(e) Pacsé(e)

2 ADRESSE

VEUILLEZ INDIQUER :

1°) Votre adresse complète :
 Code postal : Commune :
 Votre numéro de téléphone (facultatif) :

2°) Si vous effectuez un séjour de longue durée à l'hôpital ou dans tout autre établissement

VEUILLEZ INDIQUER aussi l'adresse de celui-ci :

Code postal : Commune :
 Numéro de téléphone (facultatif) :

VEUILLEZ PRÉCISER la date d'entrée :, la date de sortie :

3 RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'IMMATRICULATION

VEUILLEZ INDIQUER :

- La date de votre première immatriculation à un régime d'ASSURANCES SOCIALES :
 - A quel régime étiez-vous affilié ? AGRICOLE INDUSTRIEL SPÉCIAL
 - VEUILLEZ PRÉCISER le régime spécial :

- Avez-vous appartenu au régime local ALSACE-LORRAINE ? OUI NON

VEUILLEZ PRÉCISER dans les cases ci-dessous votre numéro de sécurité sociale.

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE :

7

PENSION D'INVALIDITÉ

Avez-vous déjà bénéficié d'une pension d'invalidité ?

OUI NON

SI OUI, par quel organisme ?

VEUILLEZ INDIQUER l'adresse de celui-ci :

Code postal : [] [] [] [] [] [] Commune :

Au titre de quel régime ?

VEUILLEZ INDIQUER :

La date d'attribution de la pension :

la date de suspension :

la date de suppression :

la date de rétablissement :

Dans le cas de suspension ou de suppression, VEUILLEZ INDIQUER si vous avez fait appel de la décision :

OUI NON

Dans l'affirmative, date de l'appel :

8

RENTES - ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIE PROFESSIONNELLE

Avez-vous été victime d'un accident de travail ?

OUI - Date de l'accident : [] [] [] [] [] []

NON

Avez-vous demandé : une rente accident du travail ?

OUI NON

une rente maladie professionnelle ?

OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER :

la date de la demande :

l'organisme saisi de la demande :

le numéro de votre dossier auprès de cet organisme :..... [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

ETES-VOUS TITULAIRE :

une rente accident du travail ?

OUI NON

d'une rente maladie professionnelle ?

OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER :

le taux d'incapacité (I.P.P.) :..... %

la date d'attribution :

le montant de la rente :..... € par an

le montant de la majoration :..... € par an

Avez-vous demandé la révision de votre rente ?

OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER :

la date de votre demande :

s'il y a lieu, la décision prise à la suite de cette demande :

4

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE AVANT L'INVALIDITÉ

Période de travail du : au :

Nom et adresse de l'employeur :

Code postal : Commune :

Matricule : organisme qui a encaissé les cotisations :

Période de travail du : au :

Nom et adresse de l'employeur :

Code postal : Commune :

Matricule : organisme qui a encaissé les cotisations :

Période de travail du : au :

Nom et adresse de l'employeur :

Code postal : Commune :

Matricule : organisme qui a encaissé les cotisations :

Période de travail du : au :

Nom et adresse de l'employeur :

Code postal : Commune :

Matricule : organisme qui a encaissé les cotisations :

Période de travail du : au :

Nom et adresse de l'employeur :

Code postal : Commune :

Matricule : organisme qui a encaissé les cotisations :

5

SALAIRES AVANT L'ARRÊT DE TRAVAIL

VEUILLEZ INDIQUER vos salaires bruts au cours de l'année précédant votre dernier arrêt de travail :€
 pour la période du : au :

VEUILLEZ INDIQUER les avantages en nature qui vous étaient alloués :

6

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DEPUIS L'INVALIDITÉ

Exercez-vous toujours une activité salariée? OUI NON à temps complet à temps partiel

Quelle est votre profession ?

VEUILLEZ INDIQUER l'adresse de votre employeur :

Code postal : Commune :

Numéro de téléphone (facultatif) :

Quel est votre salaire ? Horaire € Nombre d'heures par jour

Journalier € Nombre d'heures par mois

Mensuel €

Exercez -vous une activité non salariée ? , Laquelle ?

Depuis quand exercez-vous cette activité ? au :

Revenus annuels €,

VEUILLEZ PRÉCISER s'il s'agit des revenus : réels forfaitaires B.I.C.

Joindre une attestation du Contrôleur des Contributions précisant selon le cas votre forfait ou vos bénéfices.

9**PENSION MILITAIRE D'INVALIDITÉ**

Etes-vous titulaire d'une pension militaire ?

 OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER :

}	la date d'attribution :	_____
	le taux d'invalidité :	_____ %
	le grade :	_____
	le montant annuel :	_____ €

Avez-vous déposé une demande de pension militaire ?

 OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER :

la date de dépôt :	_____
la décision de la commission de Réforme	_____

avez -vous fait appel de cette décision ?

 OUI NON

si OUI, veuillez préciser l'état de la procédure engagée.....

avez -vous l'intention de faire appel de cette décision ? OUI NON**10****AVEZ-VOUS ÉTÉ**

Appelé sous les drapeaux - Mobilisé - Prisonnier

VEUILLEZ INDIQUER

pendant quelles périodes :

}	du	_____	_____
	du	_____	au	_____
	du	_____	au	_____

11**RETRAITES**

Etes-vous titulaire :

d'une pension d'ancienneté ?

 OUI NON

d'une pension proportionnelle d'ancienneté ?

 OUI NON

d'un avantage vieillesse ?

 OUI NON

d'une retraite anticipée ?

 OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER :

au titre de quel régime ?

par quel organisme ?

la date d'attribution :

le montant annuel :

€

12**REVENU DE SOLIDARITÉ ACTIVE**

Etes-vous titulaire du rSa ?

 OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER :

la date d'attribution :

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de déclarations inexactes**ou incomplètes (art. L. 114-13 du code de la sécurité sociale, arts. 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).****La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données****que nous enregistrons à partir de vos réponses.**

Je CERTIFIE SUR L'HONNEUR l'exactitude des déclarations ci-dessus et M'ENGAGE à faire connaître à la Caisse TOUS LES CHANGEMENTS pouvant modifier par la suite les déclarations contenues dans ce questionnaire.

A, le _____

Signature :