

DEMANDE DE PENSION ASSURANCE INVALIDITÉ DES NON SALARIÉS AGRICOLES

(Art. L 732-8, L 732-9 et R 732-3 à R 732-12 du Code Rural)

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) pascé(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

INDIQUER :

VEUILLEZ

- La date de votre immatriculation à l'assurance maladie des non salariés : | | | | | | | | | |

- Votre numéro de Sécurité Sociale :

- Exercez-vous une autre activité professionnelle ? OUI NON

 - **Salariée** **AGRICOLE** **NON AGRICOLE** **RÉGIME SPÉCIAL**

 Emploi occupé :

 n° de Sécurité Sociale : | | | | | | | | | |

 Nom et adresse de votre employeur :

 Code postal : | | | | | | | | Commune :

 Numéro de téléphone (facultatif) : | | | | | | | | | |

- **Non salariée**

 Laquelle ? (commerce, artisanat, profession libérale...)

4

ARRÊT DE TRAVAIL

Date à laquelle vous avez dû interrompre votre activité sur l'exploitation pour cause de maladie :

..... | | | | | | | | | |

5

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

- chef d'exploitation
 membre d'un G.A.E.C.
 co exploitant

- aide familial
: associé d'exploitation
: conjoint-collaborateur

} lien de parenté avec le chef d'exploitation :
Nom et adresse du chef d'exploitation
.....
Code postal : | | | | | | | | Commune

6

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DEPUIS L'INVALIDITÉ

Exercez-vous toujours une activité sur l'exploitation ?

 OUI NON

Revenus annuels €

VEUILLEZ PRÉCISER s'il s'agit des revenus réels ou du revenu forfaitaire

Joindre votre dernier avis d'imposition.

7

RENTES - ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIE PROFESSIONNELLE

OUI - Date de l'accident :
Avez-vous été victime d'un accident du travail ?

 NON

Etes-vous titulaire : d'une rente accident du travail ?
d'une rente maladie professionnelle ?

 OUI NON OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER :

le nom et l'adresse de l'organisme qui vous sert cette rente :

Code postal : | | | | | | | | Commune :

le numéro de votre dossier auprès de cet organisme : | | | | | | | |

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 :

.....

8 PENSION MILITAIRE D'INVALIDITÉ OU DE VICTIME CIVILE DE LA GUERRE

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

9 PENSION D'INVALIDITÉ

Avez-vous déjà bénéficié ou bénéficiez-vous d'une pension d'invalidité ? OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER :

Au titre de quel régime ?

ASA

AAEXA

régime général

régime spécial

Le nom et l'adresse de l'organisme qui vous a servi ou qui vous sert cette pension :

Code postal : | | | | | | | | Commune :

la date d'attribution : | | | | | | | |

la date de suppression : | | | | | | | |

la date de rétablissement : | | | | | | | |

le montant annuel:..... €

10 RETRAITES

Etes-vous titulaire :

- d'un avantage vieillesse ? OUI NON

- d'une pension d'ancienneté ? OUI NON

- d'une retraite anticipée ? OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER : au titre de quel régime ?.....

Le nom et l'adresse de l'organisme qui vous sert cette retraite :

Code postal : | | | | | | | | Commune :

la date d'attribution : | | | | | | | |

le montant annuel:..... €

11

ALLOCATION DE PRÉRETRAITE

Avez-vous déposé une demande d'allocation de préretraite ?

OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER :

la date de dépôt de la demande : | | | | | | | | | |

Etes-vous titulaire de l'allocation de préretraite ?

OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER :

la date d'attribution : | | | | | | | | | |

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.

J'atteste sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande sont exacts et je 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 :

DEMANDE DE PENSION ASSURANCE INVALIDITÉ DES NON SALARIÉS AGRICOLES

NOTICE EXPLICATIVE

Réglementation en vigueur

Vous êtes atteint(e) d'une invalidité réduisant votre capacité de travail et vous n'avez pas atteint l'âge légal de départ à la retraite :

- vous pouvez bénéficier d'une pension d'invalidité (art. L 732-8 du Code Rural) sous certaines conditions (art. R 732-3 du Code Rural)
- vous pouvez obtenir en plus de votre pension d'invalidité, et sous certaines conditions de ressources, l'allocation supplémentaire d'invalidité (art. L 815-24 du Code de la sécurité Sociale).

AVIS IMPORTANT

AVANT DE REMPLIR VOTRE DEMANDE, VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LA PRÉSENTE NOTICE

Si des questions ne vous concernent pas merci d'y répondre par la mention : NÉANT

Merci de cocher selon le cas OUI NON

CADRE N° 1

Veillez-écrire lisiblement votre Etat Civil

CADRE N° 2

Veillez-écrire lisiblement votre adresse. Faute de quoi, nos correspondances et nos mandats pourraient ne pas vous parvenir.

CADRE N° 3

La date d'immatriculation figure sur votre carte d'immatriculation.

Par régime spécial, on entend les régimes d'affiliation des ouvriers ou employés :

des Mines, de l'E.D.F., G.D.F., de la marine, de la S.N.C.F., etc... et aussi les militaires, les fonctionnaires, les agents des collectivités locales, etc...

CADRE N° 4

S'il n'y a pas d'interruption de l'activité le préciser et compléter le cadre n°5.

CADRE N° 5 et 6

Merci de cocher la case correspondant à votre situation.

CADRE N° 7

Joindre la photocopie de la notification d'attribution de **rente** ou le cas échéant, la photocopie du **procès-verbal** de conciliation portant **attribution de la rente et sous pli cacheté** la photocopie de toute pièce officielle indiquant :
- le taux d'IPP
- la maladie ou la blessure indemnisée.

CADRE N° 8

Joindre la photocopie du brevet de pension ou encore de tout autre document portant indication du taux d'invalidité et du diagnostic.

Joindre la photocopie des documents que vous détenez même si vous ne percevez pas de **pension (taux inférieur à 10 % par exemple)**.

CADRE N° 9 et 10

Joindre les photocopies de vos différentes **notifications**.

La demande doit obligatoirement être signée par **l'assuré** lui-même. Toutefois, en cas d'impossibilité, elle doit être signée par son représentant légal ou par **deux témoins**.