

DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITÉ DES SALARIÉS

(Articles : L 341-1 à L 341-16, L 371-4, R 313-5 et R 341-2 à R 341-21 du code de la sécurité sociale)

1 - RENSEIGNEMENTS D'ÉTAT CIVIL

Nom de famille : Prénom :

Nom d'usage : Date de naissance : | | | | | | | | | |
(s'il y a lieu)

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 :

N° 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 :

N° de téléphone (facultatif) : | | | | | | | | | |

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

3 - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'IMMATRICULATION

VEUILLEZ INDIQUER

- La date de votre première immatriculation à un régime de PROTECTION SOCIALE : | | | | | | | | | |

- A quel régime étiez-vous affilié ?

régime agricole régime général régime spécial RSI

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 par un organisme ?

OUI

NON

SI OUI, **VEUILLEZ INDIQUER** :

le nom de l'organisme et 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 du 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 :

d'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 trimestre

Avez-vous demandé la révision de votre rente ?

SI OUI, **VEUILLEZ INDIQUER** :

la date de votre demande :

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

.....

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 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

10 - APPELÉ SOUS LES DRAPEAUX

VEUILLEZ INDIQUER pendant quelle période du : | | | | | | | | | | | | au : | | | | | | | | | | | |

11 - RETRAITES

ETES-VOUS TITULAIRE :

d'une pension 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 :

| | | | | | | | | | | |

13 - ALLOCATION ADULTE HANDICAPÉ

Avez-vous déposé une demande d'AAH ?

OUI

NON

Etes-vous titulaire de l'AAH ?

OUI

NON

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de déclarations inexactes ou incomplètes (art. L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, arts. 313-1, 313-2, 441-1 et 441-6 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.

à :

le : | | | | | | | | | | | |

Signature :