

**Important : merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.**

▶ Vous-même

Madame

Monsieur

Votre nom (de naissance) :

Votre nom d'époux ou d'épouse (s'il y a lieu) : .....

Si vous portez un autre nom, indiquez-le : .....

Vos prénoms (soulignez votre prénom courant) : .....

Votre date de naissance : | | | | | | | | | |

Votre nationalité : .....

Commune de naissance : ..... Département : ..... Pays : .....

(indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)

Téléphone : | | | | | | | | | |

Email : ..... @ .....

Votre adresse : .....

Code postal : | | | | | | Commune : ..... Pays : .....

Votre n° de Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

▶ Votre situation de famille actuelle

Marié(e) le | | | | | | | | | | Veuf(ve) le | | | | | | | | | | Séparé(e) le | | | | | | | | | |

Divorcé(e) le | | | | | | | | | | Votre conjoint(e) est porté(e) disparu(e) depuis le | | | | | | | | | |

Vous êtes remarié(e) depuis le | | | | | | | | | |

Vous vivez en concubinage depuis le | | | | | | | | | |

Vous avez conclu un PACS depuis le | | | | | | | | | |

▶ Votre conjoint(e) actuel(le) ou partenaire PACS ou concubin(e)

Son nom (de naissance) : ..... Son nom d'époux ou d'épouse : .....

Ses prénoms (soulignez son prénom courant) : .....

Sa date de naissance : | | | | | | | | | |

Sa nationalité : .....

Commune de naissance : ..... Département : ..... Pays : .....

(Indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)

Son n° de Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | Sa profession.....

► **Votre dernière activité**

Date d'immatriculation au Registre du Commerce | | | | | | | | | |

Date d'immatriculation au Répertoire des Métiers | | | | | | | | | |

**Si vous participez à l'activité en tant que conjoint du chef d'entreprise :**

Indiquez la nature de l'activité exercée au sein de l'entreprise : .....

Avez-vous cessé d'y travailler personnellement ?    oui     non

Depuis le | | | | | | | | | |

Exercez-vous une autre activité ou avez-vous repris une autre activité ?    oui     non

Si oui, laquelle : .....

Depuis le | | | | | | | | | |

**Percevez-vous des indemnités journalières (IJ) versées par la Sécurité sociale pour les indépendants (ex-RSI) ?**    oui     non

Si oui, dates de perception des IJ : du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | |

du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | |

du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | |

► **Votre situation au moment de la demande**

**Activité exercée au moment de la survenance de l'état invalidant :** .....

**Adresse professionnelle :** .....

**Code postal :** | | | | | |    **Commune :** .....    **Pays :** .....

Avez-vous cessé cette activité ?    oui     non

Si oui, date de cessation de cette activité : | | | | | | | | | |

Vous avez été affilié(e) à un régime autre que la Sécurité sociale pour les indépendants (ex-RSI) (Si vous manquez de place, complétez cette liste sur une feuille blanche que vous joindrez à cette demande)

	<b>Vous avez été affilié avant votre activité en tant que travailleur indépendant :</b>	<b>Vous cumulez actuellement plusieurs activités et êtes affilié :</b>
Régime général (RG) en tant que salarié ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Mutualité sociale agricole (MSA) en tant que salarié ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
CRPCEN - clercs de notaires et employés de notaires ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
CAVIMAC – membre des cultes ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Activités professionnelles à l'étranger et dans l'Union Européenne ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, Pays : ..... Nom et adresse de l'organisme :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, Pays : ..... Nom et adresse de l'organisme :
Activités professionnelles à l'étranger et hors UE ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, Pays : ..... Nom et adresse de l'organisme :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, Pays : ..... Nom et adresse de l'organisme :

► **Autres pensions d'invalidité ou rentes**

**Percevez-vous déjà une pension, rente ou prestation d'un autre régime de sécurité sociale ?**

oui  non  si oui, laquelle : .....

*(prestations du régime général de la sécurité sociale, du régime agricole des salariés, d'un régime spécial de sécurité sociale, d'un régime de fonctionnaires ou assimilé, toute pension militaire d'invalidité, toute rente d'accident du travail ou pour maladie professionnelle, indemnités journalières versées par un régime obligatoire de sécurité sociale autre que celui des non-salariés, toute prestation d'aide sociale, allocation aux adultes handicapés...)*

Quel est son montant brut annuel : .....

Une demande d'attribution ou de révision est-elle en cours ? oui  non

Si oui, auprès de quel organisme ? : .....

.....

.....

Adressez-nous, le cas échéant, vos notifications d'attribution ou de rejet (indemnités journalières et/ou prestations de toute nature).

## ► Renseignements relatifs à l'invalidité et au tiers responsable

Votre invalidité est-elle due :

- **à une maladie ?** ..... oui  non

Si oui, à quelle date a-t-elle entraîné la cessation d'activité? ..... | | | | | | | |

- **à un accident du travail ?** .....oui  non

- **à un accident de la circulation ?** ..... oui  non

Si oui, à quelle date ?..... | | | | | | | |

Lieu : .....

Dans quelles circonstances ?.....

.....

Y-a-t'il un tiers responsable présumé ? .....oui  non

Si oui, avez-vous engagé un recours ? ..... oui  non

Nom du tiers responsable : .....

Son adresse : .....

Code postal : | | | | | | Commune : ..... N° de police.....

Nom de la Compagnie d'Assurances du tiers responsable : .....

Son adresse : .....

Code postal : | | | | | | Commune : ..... N° de police.....

Nom de votre Compagnie d'Assurances : .....

Son adresse : .....

Code postal : | | | | | | Commune : ..... N° de police.....

Nom de votre avocat : .....

Son adresse : .....

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

Avez-vous obtenu une rente ou un capital ? .....oui  non

Si oui, montant en euros : ..... Date de versement | | | | | | | |

## ► Votre médecin

**Indiquez les nom et adresse de votre médecin traitant ou du médecin de votre choix**

**Nom et adresse du médecin :** .....

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

## ► Important – Pièces à joindre à l'appui de votre demande

- Après avoir rempli et signé votre demande de pension d'invalidité, déposez-la auprès de votre agence de Sécurité sociale pour les indépendants, en présentant les originaux ou les photocopies lisibles de votre livret de famille ou toute autre pièce justificative d'état civil et de nationalité (carte d'identité, passeport, autres documents délivrés par les autorités françaises ou étrangères).
- Si vous ne pouvez pas vous déplacer, envoyez votre demande de pension d'invalidité accompagnée des photocopies des pièces justificatives d'état civil et de nationalité citées ci-dessous.
- Si vous êtes de nationalité étrangère et si vous résidez en France, une photocopie de votre titre de séjour ou le récépissé de votre demande, sauf si vous êtes Suisse ou ressortissant de l'Espace Economique Européen.
- Si vous avez arrêté votre activité, certificats de radiation du Répertoire des Métiers ou du Registre du Commerce.
- Si vous bénéficiez d'une pension d'invalidité ou rente accident du travail ou maladie professionnelle servie par un autre régime, photocopie du titre (notification de la pension).
- Si vous n'êtes pas imposable, photocopie de l'avis de non imposition ou de non recouvrement.
- Relevé d'identité bancaire, postal ou de Caisse d'Epargne.

## ► Demande et déclaration sur l'honneur

**Je demande à bénéficier de la pension d'invalidité du régime d'assurance invalidité-décès dont je relève.**

**Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.**

**Je m'engage :**

- à faciliter toute enquête pour les vérifier
- à vous faire part de toute modification de ma situation,
- à vous signaler toute reprise de travail et tous revenus professionnels perçus et revenus de remplacement (indemnités journalières, allocations chômage...)

Fait à ..... Le | | | | | | | | | |

Signature du demandeur :

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. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de déclarations, en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (arts. 313-1, 313-2, 313-3, 433-19, 441-1, 441-6 et 441-7 du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement ou non de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L114-17 du code de la sécurité sociale.

- Vous venez de remplir votre demande de pension d'invalidité. Afin que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement y joindre les justificatifs indiqués dans la notice en annexe.

Partie réservée au conseiller

1<sup>ère</sup> intervention le :

Demande délivrée le :

Réception le :

Je soussigné(e) certifie avoir vérifié à l'aide des pièces justificatives valables que le demandeur m'a présentées, la conformité des renseignements fournis sur sa nationalité et son état civil.

Fait le :

Signature du conseiller

Cachet de l'organisme