



santé
famille
retraite
services



N° 50894#03

DEMANDE DE PENSION ASSURANCE INVALIDITÉ DES SALARIÉS AGRICOLES

**Cette notice a été réalisée
pour vous aider
à compléter votre demande**

Réf. : 6387-2014 - PAO/CCMSA

Vous désirez des informations complémentaires :

- consultez le site www.msa.fr
- consultez votre MSA

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 sous certaines conditions médicales et administratives (art. R 341-2 et suivants du Code de la sécurité Sociale) ;
- ▶ 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) ;
- ▶ votre pension d'invalidité pourra être révisée pour des raisons d'ordre médical ou administratif notamment en cas de reprise d'activité professionnelle salariée ou non salariée ;
- ▶ lorsque vous aurez atteint l'âge de la retraite et si vous poursuivez votre activité professionnelle salariée ou non salariée, votre pension continuera à vous être servie jusqu'à votre cessation d'activité et au plus tard jusqu'à 67 ans.

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 RENSEIGNEMENTS D'ÉTAT CIVIL

Veillez-écrire lisiblement votre Etat Civil. Si vous êtes ressortissant étranger (autre que UE, EEE, Suisse), vous devez justifier de votre résidence régulière en France (joindre une photocopie de toute pièce en cours de validité justifiant de la régularité de votre séjour en France).

CADRE N° 2 - ADRESSE

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

Préciser : la durée du long séjour.

CADRE N° 3 - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'IMMATRICULATION

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.

CADRE N° 4 - ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES AVANT L'INVALIDITÉ

Les renseignements à fournir dans ce cadre portent sur les périodes de travail effectuées :

1°) En France, quel que soit le régime auquel vous étiez affilié.

2°) S'il y a lieu dans l'UE

3°) S'il y a lieu hors de l'UE

Veillez-fournir tous les renseignements que vous pouvez détenir **LE MONTANT DE VOTRE PENSION EN DÉPEND.**

Si le cadre est insuffisant, utilisez une feuille que vous joindrez à ce questionnaire. Si vous avez travaillé dans différents pays de l'UE, vous pouvez prétendre à une pension de chaque État membre. N'oubliez pas de le mentionner.

CADRE N° 5 - SALAIRES AVANT L'ARRÊT DE TRAVAIL

Il s'agit de la somme des salaires bruts perçus au cours de l'année civile qui précède la date à laquelle vous avez dû arrêter votre travail pour la dernière fois.

CADRE N° 6 - ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE OU INACTIVITÉ

Ce cadre est à compléter pour indiquer votre situation actuelle.

CADRE N° 7 - PENSION D'INVALIDITÉ

Veillez Joindre la photocopie de vos différentes notifications.

CADRE N° 8 - RENTES - ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIE PROFESSIONNELLE

Veillez-joindre la photocopie de la notification d'attribution de rente.

CADRE N° 9 - PENSION MILITAIRE D'INVALIDITÉ

Veillez-joindre la photocopie de la notification de pension ainsi que la décision de la Commission de réforme.

CADRE N° 10 - APPELÉ SOUS LES DRAPEAUX

Les renseignements figurent sur le livret militaire.

CADRE N° 11 - RETRAITES

Veillez-préciser le régime de Sécurité Sociale quel qu'il soit, même s'il s'agit d'un **régime étranger**, indiquer les noms et adresse de cet organisme.

*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**.*

4 - ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES AVANT L'INVALIDITÉ

1 - Période de travail du : au :

Le nom et l'adresse de l'employeur :

Code postal : Commune :

Matricule : organisme qui a encaissé les cotisations :

2 - Période de travail du : au :

Le nom et l'adresse de l'employeur :

Code postal : Commune :

Matricule : organisme qui a encaissé les cotisations :

3 - Période de travail du : au :

Le nom et l'adresse de l'employeur :

Code postal : Commune :

Matricule : organisme qui a encaissé les cotisations :

4 - Période de travail du : au :

Le nom et l'adresse de l'employeur :

Code postal : Commune :

Matricule : organisme qui a encaissé les cotisations :

VEUILLEZ PRÉCISER si vous avez exercé une activité à l'étranger : OUI NON

SI OUI, **VEUILLEZ INDIQUER** dans quel(s) pays :

durant quelle(s) période(s) du : au :

5 - SALAIRES AVANT L'ARRÊT DE TRAVAIL

VEUILLEZ INDIQUER vos salaires bruts au cours de l'année civile précédant votre dernier arrêt de travail :€

pour la période du : au :

6 - ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE OU INACTIVITÉ

Dépendez-vous toujours d'un employeur ? 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) :

Exercez -vous une activité non salariée ? OUI NON , Laquelle ?

Depuis quand exercez-vous cette activité ?

Joindre votre dernier avis d'imposition sur les revenus dans tous les cas.

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 :