

DEMANDE DE PENSION ASSURANCE INVALIDITÉ DES NON SALARIÉS AGRICOLES

1 RENSEIGNEMENTS D'ÉTAT CIVIL

Nom : Prénoms :

Nom d'épouse : Date de naissance : | | | | | | | | | |

Lieu de naissance : Nationalité :

Qualité civile : Marié(e) Célibataire Veuf(ve) Divorcé(e)

2 ADRESSE

INDIQUEZ :

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

INDIQUEZ aussi l'adresse de celui-ci :

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

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

PRÉCISEZ la date d'entrée : | | | | | | | | | |, la date de sortie : | | | | | | | | | |

3 RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'IMMATRICULATION

INDIQUEZ :

- La date de votre immatriculation à l'assurance maladie des non salariés : | | | | | | | | | |
- Votre numéro matricule : | | | | | | | | | |
- Exercez-vous une autre activité professionnelle ? OUI NON
- **Salariée** **AGRICOLE** **NON AGRICOLE** **RÉGIME SPÉCIAL**
- Emploi occupé :
- n° d'immatriculation : | | | | | | | | | |
- 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 €

Précisez s'il s'agit des revenus réels ou du revenu forfaitaire

Joindre votre dernier avis d'imposition.

7

RENTES - ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIE PROFESSIONNELLE

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

 OUI - Date de l'accident :

| | | | | | | |

 NON

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

 OUI NON

d'une rente maladie professionnelle ?

 OUI NON

SI OUI, INDIQUEZ :

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, INDIQUEZ :

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, INDIQUEZ :

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, INDIQUEZ :

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

la décision de la commission de Réforme

Avez-vous fait appel de cette décision ? OUI NON

si OUI, précisez 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, INDIQUEZ :

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 PENSION D'ANCIENNETÉ D'UN RÉGIME SPÉCIAL

Etes-vous titulaire d'une pension d'ancienneté ? OUI NON

SI OUI, INDIQUEZ : au titre de quel régime spécial ?

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

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, INDIQUEZ :

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

Etes-vous titulaire de l'allocation de préretraite ?

OUI NON

SI OUI, INDIQUEZ :

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

12

REVENU MINIMUM D'INSERTION

Etes-vous titulaire du RMI ?

OUI NON

SI OUI, INDIQUEZ :

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

TOUTE FAUSSE DÉCLARATION ENTRAÎNE LES SANCTIONS PRÉVUES PAR L'ARTICLE L 377-1 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.

Le soussigné, certifie sur l'honneur l'exactitude des déclarations ci-dessus et s'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

AVIS IMPORTANT

AVANT DE REMPLIR VOTRE DEMANDE, LISEZ ATTENTIVEMENT
LA PRÉSENTE NOTICE

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

Cocher selon le cas OUI NON

CADRE N° 1

Ecrivez lisiblement votre Etat Civil

CADRE N° 2

Ecrivez 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

Cochez 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.*