

Demande de pension d'invalidité

(articles L. 160-5, L. 172-1 et R. 172-16 à R. 172-21-3, L. 341-1 à L. 341-5, L. 341-13, L. 341-15 et 16, R. 341-4, L. 371-4, R. 160-10, R. 313-5, R. 341-8 et R. 341-17 du Code de la sécurité sociale)

Vous avez été victime d'un accident ou d'une maladie d'origine non professionnelle, vous êtes atteint(e) d'une invalidité réduisant votre capacité de travail ou de gain d'au moins les 2/3 et vous n'avez pas encore atteint l'âge de la retraite :

Vous pouvez bénéficier d'une pension d'invalidité après avis du service médical de votre cf [Ub]ga YXfUggi fUbW'a UUXY et sous certaines VēbX]hcbg UXa]b]gfhUj Yg"

Renseignez-vous auprès de cet organisme (3646 - service 0,06 euro/min + prix appel) ou consultez le site "www.ameli.fr".

Vous pouvez obtenir **en plus de votre pension d'invalidité, et sous certaines conditions de ressources**, l'allocation supplémentaire d'invalidité (renseignez vous auprès de votre caisse d'assurance maladie) ou l'allocation adulte handicapé différentielle (rapprochez-vous de la Maison Départementale des Personnes Handicapées - MDPH - de votre lieu de résidence dont vous trouverez l'adresse sur le site www.cnsa.fr).

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.

Remarque :

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.

Les renseignements permettant d'étudier vos droits

1 La personne qui demande la pension d'invalidité

Complétez les rubriques concernant votre identité et n'oubliez pas de cocher les cases correspondant à votre situation.

Si vous êtes ressortissant étranger (autre que Union Européenne, Espace Economique Européen ⁽¹⁾ ou Suisse), vous devez justifier de votre résidence régulière en France. Voir au bas de cette page la rubrique " les pièces justificatives à joindre ".

2 Autres renseignements administratifs concernant le demandeur

Complétez seulement les rubriques se rapportant à votre situation en n'oubliant pas de cocher les cases correspondant à votre situation.

Si vous avez relevé de plusieurs régimes de protection sociale (parmi le régime général, le régime agricole en tant que salarié, le régime des indépendants (RSI), le régime des clercs et employés de notaires et le régime des cultes), vous pouvez bénéficier d'une pension d'invalidité coordonnée entre ces différents régimes. Dans ce cas, le calcul prendra en compte tous les revenus d'activité sur lesquels vous avez cotisé auprès des régimes concernés. Une seule demande est nécessaire auprès de votre organisme d'assurance maladie. Pour cela, il vous suffit de compléter la rubrique "Vous avez été affilié(e) à un régime autre que le régime général".

Si vous avez travaillé dans différents pays de l'Union Européenne ou de l'Espace Economique Européen ou dans un pays ⁽²⁾ ou territoire ⁽³⁾ signataire d'une convention bilatérale ou dans une collectivité d'outre-mer ⁽¹⁾ signataire d'un accord de coordination, vous pouvez éventuellement prétendre à une pension d'invalidité de chaque Etat, territoire ou collectivité. N'oubliez pas de le mentionner.

Les pièces justificatives à joindre à votre demande

- selon votre situation :

Merci de fournir une photocopie lisible de :

- Si vous bénéficiez d'une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle	- votre notification de rente
- Si vous bénéficiez d'une pension d'invalidité servie par un autre régime que le régime général	- votre notification de pension
- Si vous avez demandé le bénéfice d'une pension militaire pour maladie, blessure de guerre ou au titre de victime civile de la guerre	- votre notification de pension ainsi que la décision de la commission de réforme
- Si vous êtes de nationalité française ou ressortissant d'un pays de l'UE/EEE ou de la Suisse	- votre carte d'identité ou passeport ou toute autre pièce justificative d'état civil et de nationalité
- Si vous êtes de nationalité étrangère (autre que UE/EEE ou Suisse)	- toute pièce, en cours de validité, justifiant de votre état civil et de la régularité de votre séjour en France : titre de séjour...

- dans tous les cas :

- Pour justifier de vos revenus	- votre dernier avis d'impôt ou avis de situation déclarative à l'impôt sur les revenus
---------------------------------	---

⁽¹⁾ Les pays de l'UE/EEE sont les suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Royaume-Uni, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède.

⁽²⁾ Les pays signataires d'une convention bilatérale sont les suivants : Algérie, Argentine, Andorre, Bénin, Bosnie-Herzégovine, Brésil, Canada, Cameroun, Cap-Vert, Chili, Congo, Corée, Etats-Unis, Gabon, Inde, Japon, Kosovo, Macédoine, Maroc, Mauritanie, Monaco, Monténégro, Niger, Philippines, Saint-Marin, Serbie, Suisse, Togo, Tunisie, Turquie, Uruguay.

⁽³⁾ Les territoires signataires d'une convention bilatérale sont les suivants : Aurigny, Guernesey, Herm, Jersey, Jethou, le Québec.

⁽¹⁾ Les collectivités d'outre-mer signataires d'un accord de coordination sont les suivantes : Nouvelle Calédonie, Polynésie Française, Saint-Pierre-et-Miquelon.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants 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 de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale.

Toutes les informations figurant sur cette déclaration sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de calcul de vos droits et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant à votre organisme d'assurance maladie.

La personne qui demande la pension d'invalidité ①

Nom et prénom(s) :
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Adresse :

Code Postal Commune :

Situation familiale : célibataire marié(e) pacsé(e) concubin(e) séparé(e) de droit divorcé(e) veuf(ve)

Nationalité : Française UE/EEE/Suisse autre

N° de sécurité sociale date de naissance

N° de téléphone courriel :

Autres renseignements administratifs concernant le demandeur ②**● Votre situation au moment de la demande** (cochez les cases correspondant à votre situation et remplissez les rubriques s'y rapportant)**Activité salariée**

Nom et adresse de votre dernier employeur :

Code Postal Commune :

Période d'activité - du au

Activité non salariée **Chômage indemnisé** **Autre** Précisez :**● Votre maladie ou votre blessure justifiant la demande de pension résulte d'un accident causé par un tiers**(HORS ACCIDENT DU TRAVAIL ou MALADIE PROFESSIONNELLE)

Date de cet accident

● Vous avez bénéficié ou vous bénéficiez déjà d'une pension d'invalidité

Nom et adresse de l'organisme ayant attribué cette pension :

Code Postal Commune :

● Vous avez été affilié(e) à un régime autre que le régime général (cochez les cases correspondant à votre situation et remplissez les rubriques s'y rapportant)

Le(s) régime(s) concerné(s)		les nom et adresse de l'organisme dont vous dépendiez
MSA - salariés	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
RSI	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
CRPCEN	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
CAVIMAC	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Autre régime	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Au moment de votre demande, êtes-vous affilié(e) dans plusieurs régimes de protection sociale ? oui non

● Vous bénéficiez d'une rente accidents du travail ou maladies professionnelles

Nom et adresse de l'organisme ayant attribué la rente :

Code Postal Commune :

● Vous avez demandé une rente accidents du travail ou maladies professionnelles qui est en cours d'étude

Nom et adresse de l'organisme qui étudie la demande :

Code Postal Commune :

● Vous avez travaillé dans un pays de l'UE/EEE autre que la France ou dans un pays ci-dessous signataire d'une convention VUE/EEE ou dans une collectivité d'outre-mer signataire d'un accord de coordination

Précisez ces pays, territoire(s), collectivité(s)	(période du au)
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

● Vous avez demandé une pension militaire pour maladie, blessure de guerre ou au titre de victime civile de la guerre

Nom et adresse de l'organisme qui verse la pension :

Code Postal Commune :

Je suis informé(e) que dans le cadre de l'application des règlements européens sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et sauf opposition de ma part le rapport médical établi par le Service médical près l'organisme d'assurance maladie sera communiqué à l'Etat membre, dans lequel j'ai déclaré avoir travaillé, qui en fera la demande.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur cette demande et je m'engage à faire connaître à la caisse tous changements de ma situation.

Fait à le

Signature du demandeur