



santé
famille
retraite
services



N° 52136#01

DEMANDE DE PENSION ASSURANCE INVALIDITÉ DES SALARIÉS AGRICOLES

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

Ref. : 6387-2016 - PAC/CM/MSA

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 État 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 - 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/EEE

3°) S'il y a lieu hors de l'UE/EEE

Afin de calculer une pension d'invalidité tenant compte de l'ensemble de votre carrière professionnelle, merci d'indiquer vos différentes activités professionnelles avant le constat de votre invalidité. Le montant de l'éventuelle pension d'invalidité accordée par la MSA tient compte non seulement des périodes d'affiliation au régime agricole mais également à d'autres régimes de sécurité sociale (salariés du régime général, indépendants, clerks et employés de notaire, cultes).

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/EEE, vous pouvez prétendre à une pension de chaque État membre. N'oubliez pas de le mentionner.

CADRE N° 4 - ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE OU INACTIVITÉ

Ce cadre est à compléter pour indiquer votre situation actuelle.

Joindre votre dernier avis d'impôt sur les revenus ou votre dernier avis de situation déclarative à l'impôt sur les revenus.

CADRE N° 5 - PENSION D'INVALIDITÉ

Merci d'indiquer si vous avez déjà bénéficié et/ou bénéficiez actuellement d'une pension d'invalidité servie par un autre organisme. Si le cadre est insuffisant, utilisez une feuille que vous joindrez à ce questionnaire. Si vous êtes déjà titulaire d'une ou plusieurs pension(s) d'invalidité dans certains autres régimes de sécurité sociale (salariés du régime général, indépendants, clerks et employés de notaire, cultes), vous pouvez bénéficier d'une nouvelle pension d'invalidité dite "coordonnée". Cette pension d'invalidité, tenant compte des périodes d'activité dans ces différents régimes, se substitue à la ou aux pension(s) d'invalidité déjà servie(s). Son montant est au moins égal à la ou aux précédente(s) pension(s) d'invalidité versée(s). **Veillez Joindre** la photocopie de vos différentes notifications.

CADRE N° 6 - RENTES - ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIE PROFESSIONNELLE

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

CADRE N° 7 - PENSION MILITAIRE D'INVALIDITÉ

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

CADRE N° 8 - APPELÉ SOUS LES DRAPEAUX

Les renseignements figurent sur le livret militaire.

CADRE N° 9 - 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.

DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITÉ DES SALARIÉS

(Art. : L 341-1 à L 341-16, L 371-4, R 313-5, R 341-2 à R 341-21 et R 172-1 à R 172-22 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)

VEUILLEZ PRÉCISER dans les cases ci-dessous votre numéro de sécurité sociale :

N° de Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 l'établissement :

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

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

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

5 - PENSION D'INVALIDITÉ

Bénéficiez-vous actuellement d'une ou plusieurs pension(s) d'invalidité servie(s) par d'autres organismes ? OUI NON

SI OUI, **VEUILLEZ INDIQUER** :

PENSION 1 Nom de l'organisme :
Adresse de l'organisme :
Code postal : Commune :
Au titre de quel régime ?
Date d'attribution :

PENSION 2 Nom de l'organisme :
Adresse de l'organisme :
Code postal : Commune :
Au titre de quel régime ?
Date d'attribution :

Avez-vous déjà bénéficié d'une ou plusieurs pension(s) d'invalidité servie(s) par d'autres organismes ? OUI NON

SI OUI, **VEUILLEZ INDIQUER** :

PENSION 1 Nom de l'organisme :
Adresse de l'organisme :
Code postal : Commune :
Au titre de quel régime ?
Date d'attribution : Date de suppression :

PENSION 2 Nom de l'organisme :
Adresse de l'organisme :
Code postal : Commune :
Au titre de quel régime ?
Date d'attribution : Date de suppression :

6 - 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 :

ÊTES-VOUS DÉJÀ TITULAIRE :

d'une rente accident du travail ? OUI NON

d'une rente maladie professionnelle ? OUI NON

7 - PENSION MILITAIRE D'INVALIDITÉ

Êtes-vous titulaire d'une pension militaire ?

OUI

NON

Avez-vous déposé une demande de pension militaire ?

OUI

NON

SI OUI, **VEUILLEZ INDIQUER** :

la date de dépôt :

8 - APPELÉ SOUS LES DRAPEAUX

VEUILLEZ INDIQUER pendant quelle période du : au :

9 - RETRAITES

ÊTES-VOUS TITULAIRE :

d'une pension d'ancienneté pour durée des services ? 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 : €

10 - REVENU DE SOLIDARITÉ ACTIVE

Êtes-vous titulaire du rSa auprès de la CAF ?

OUI

NON

SI OUI, **VEUILLEZ INDIQUER** la date d'attribution :

11 - ALLOCATION ADULTE HANDICAPÉ

Avez-vous déposé une demande d'AAH ?

OUI

NON

Êtes-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 (articles : L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale, 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants 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.

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 de l'organisme d'assurance maladie sera communiqué à l'Etat membre, dans lequel j'ai déclaré avoir travaillé, qui en fera la demande.

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 : Signature du demandeur (ou de son représentant légal) :

le :