



santé
famille
retraite
services



N° 50895#04

DEMANDE DE PENSION ASSURANCE INVALIDITÉ DES NON-SALARIÉS AGRICOLES

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

Réf. : 2411-2014 - PAO/CCMSA

Vous désirez des informations complémentaires :

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

RÈGLEMENTATION 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 (art. L 732-8 du Code Rural) sous certaines conditions (art. R 732-3 du Code Rural) ;
- ▶ 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.

CADRE N° 3
RENSEIGNEMENTS RELATIFS
A 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., de G.D.F., de la marine, de la S.N.C.F., des collectivités locales, etc...

CADRE N° 4
ARRÊT DE TRAVAIL

S'il y a interruption de l'activité, le mentionner et compléter les cadres n° 5 et n° 6 précisément.

CADRES N° 5 ET 6
5 - QUALITÉ AVANT L'INVALIDITÉ
6 - ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE
OU INACTIVITÉ

Merci de cocher la case correspondant à votre situation.

Si vous avez travaillé dans différents pays de l'UE, vous pouvez prétendre à une pension d'invalidité de chaque état membre. N'oubliez pas de le mentionner.

CADRE N° 7
RENTES - ACCIDENTS DU TRAVAIL
MALADIE PROFESSIONNELLE

Joindre la photocopie de la notification d'attribution de **rente**

CADRE N° 8
PENSION MILITAIRE D'INVALIDITÉ
OU DE VICTIME CIVILE DE LA GUERRE

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

CADRE N° 9 ET 10
9 - PENSION D'INVALIDITÉ
10 - RETRAITES

Veillez-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.***

DEMANDE DE PENSION ASSURANCE INVALIDITÉ DES NON SALARIÉS AGRICOLES

(Art. L 732-8, L 732-9 et R 732-3 à R 732-12 du Code Rural)

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)

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 celui-ci :

 Code postal : Commune :
 N° de téléphone (facultatif) :

VEUILLEZ INDIQUER la date d'entrée : , la date de sortie :

3 - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'IMMATRICULATION

VEUILLEZ INDIQUER

- La date de votre immatriculation à l'assurance maladie des non salariés agricoles :
 - Votre n° de Sécurité Sociale :
 - Exercez-vous une autre activité professionnelle ? OUI NON
 Activité salariée agricole **Activité salariée non-agricole** **Activité salariée régime spécial**
 Emploi occupé :
 Nom et adresse de votre employeur :

 Code postal : Commune :
 N° de téléphone (facultatif) :

Activité 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 - QUALITÉ AVANT L'INVALIDITÉ

- chef d'exploitation
- membre d'un G.A.E.C.
- co exploitant
- aide familial
- associé d'exploitation
- collaborateur

Lien de parenté avec le chef d'exploitation :
Nom et adresse du chef d'exploitation :
.....
Code postal : | | | | | | | | Commune :

6 - ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE OU INACTIVITÉ

Exercez-vous toujours une activité sur l'exploitation ? OUI NON
Joindre votre dernier avis d'imposition sur les revenus dans tous les cas.

Au cours de votre carrière, avez-vous travaillé à l'étranger ? OUI NON

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

durant quelle(s) période(s) du : | | | | | | | | | | au : | | | | | | | | | |

7 - RENTES - ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIE PROFESSIONNELLE

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

Date de l'accident : | | | | | | | | | |

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

d'une rente maladie professionnelle ? OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER :

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 trimestre

le montant de la majoration : € par trimestre

Avez-vous demandé la révision de votre rente ? OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER :

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, VEUILLEZ INDIQUER :

la date d'attribution :

le taux d'invalidité :%

le montant trimestriel : €

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

si OUI, VEUILLEZ PRÉCISER 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, VEUILLEZ INDIQUER au titre de quel régime :

régime agricole

AAEXA

régime général

régime spécial

RSI

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 trimestriel : €

10 - RETRAITES

Vous êtes titulaire : - d'un avantage vieillesse ?

OUI

NON

- d'une pension d'ancienneté ?

OUI

NON

- d'une retraite anticipée ?

OUI

NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER au titre de quel régime :

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

.....

Code postal : Commune :

la date d'attribution :

le montant trimestriel : €

11 - ALLOCATION ADULTE HANDICAPÉ

Avez-vous déposé une demande d'AAH ? OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER :

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

Etes-vous titulaire de l'AAH ? OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER :

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

12 - REVENU DE SOLIDARITÉ ACTIVE

Etes-vous titulaire du rSa ? OUI NON

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

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 :