

# 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 :