

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 sous certaines conditions.**

**Renseignez-vous auprès de votre caisse d'assurance maladie (3646) 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](http://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<sup>(1)</sup> ou Suisse), vous devez justifier de votre résidence régulière en France (art. D. 161-15 du Code de la sécurité sociale). 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 systématiquement les cases correspondant à votre situation.

Si vous avez travaillé dans différents pays de l'Union Européenne, vous pouvez éventuellement prétendre à une pension d'invalidité de chaque Etat membre. 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 <sup>(1)</sup> 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...(cf. liste de l'article D. 161-15 du code de la sécurité sociale)

- dans tous les cas :

Pour justifier de votre invalidité	- un certificat médical, s'il n'a pas déjà été transmis au médecin conseil
Pour justifier de vos revenus	- votre dernier avis d'impôt sur les revenus

<sup>(1)</sup> Les pays de l'UE/EEE sont les suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, 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.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L.114-13 et L.162-1-14 du Code de la sécurité sociale)

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.162-1-14 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

Votre nom   
*(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))*

Votre prénom

Votre adresse

Code Postal  Commune :  n° de téléphone :

Votre situation familiale : célibataire  marié(e)  pacsé(e)  vie maritale  séparé(e) de droit  divorcé(e)  veuf(ve)

Votre nationalité : Française  UE/EEE/Suisse  autre

Votre n° d'immatriculation  Votre date de naissance

## 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 :

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 :

●  **Vous avez été affilié(e) à un régime autre que le Régime général**

Le(s) régime(s) concerné(s)	les nom et adresse de l'organisme dont vous dépendiez
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si vous êtes titulaire d'une pension d'un de ces régimes, indiquez ci-dessous les nom et adresse de(s) l'organisme(s) qui paie(nt) cette(ces) pension(s)

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

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

●  **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 :

●  **Vous avez travaillé dans un ou plusieurs pays autres que la France**

Le(s) pays	période (du..... au .....
<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 :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur cette demande et je m'engage à faire connaître à la caisse tous les changements pouvant les modifier, tels que : changement d'adresse, reprise ou cessation du travail, hospitalisation, montants des revenus perçus...

Fait à ..... le

signature du demandeur