

## 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 :



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](http://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 (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.***