

Articles L. 635-5 et L.635-6 Code de la Sécurité sociale
Règlement du régime invalidité-décès des travailleurs non salariés des professions industrielles et commerciales.
(Arrêté du 08/01/1975 modifié)
Règlement du régime d'assurance invalidité-décès des travailleurs non salariés des professions artisanales
(Arrêté du 30 juillet 1987 modifié)

► **Votre dernière activité - Complétez selon la situation**

Date d'immatriculation au Registre du Commerce

Date d'immatriculation au Répertoire des Métiers

Votre entreprise est-elle toujours en activité ?oui non

Si oui, est-elle toujours à votre nom ?oui non

Si oui, avez-vous cessé d'y travailler personnellement ? oui non

Depuis le

Avez-vous des salariés ?oui non

Combien ?

Si non, date de radiation du Registre du Commerce

Si non, date de radiation du Répertoire des Métiers

Si l'entreprise n'est plus à votre nom :

L'avez-vous VENDUE, CEDEE sans la vendre, donnée en LOCATION ou en GERANCE ?oui non

Si oui, à quelle date ?

Nom et adresse du nouveau chef d'entreprise :
.....
.....

Si vous participez à l'activité en tant que conjoint du chef d'entreprise :

Indiquez la nature de l'activité exercée au sein de l'entreprise.....

Avez-vous cessé d'y travailler personnellement ? oui non

Depuis le

Demande d'attribution d'une pension d'invalidité commerciale ou artisanale

Articles L. 635-5 et L.635-6 Code de la Sécurité sociale
Règlement du régime invalidité-décès des travailleurs non salariés des professions industrielles et commerciales.
(Arrêté du 08/01/1975 modifié)
Règlement du régime d'assurance invalidité-décès des travailleurs non salariés des professions artisanales
(Arrêté du 30 juillet 1987 modifié)

▶ Vos autres activités*

	PROFESSION et lieu d'exercice	PERIODES	
		du	au
Avez-vous été ou êtes vous SALARIE (E) ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Avez-vous été ou êtes vous EXPLOITANT AGRICOLE ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Avez-vous travaillé ou travaillez-vous sur une exploitation agricole sans être salarié (e) ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Avez-vous été ou êtes-vous artisan, commerçant ou industriel ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Avez-vous exercé ou exercez-vous d'autres activités professionnelles ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			

* Si vous manquez de place, complétez cette liste sur une feuille blanche que vous joindrez à cette demande.

▶ Autres pensions ou rentes d'invalidité :

Percevez-vous ?

- des indemnités journalières versées par le régime obligatoire d'assurance maladie des non salariés, **oui non**
- une pension ou rente (prestations du régime général de la sécurité sociale, du régime agricole des salariés, **oui non**
d'un régime spécial de sécurité sociale, d'un régime de fonctionnaires ou assimilé, toute pension militaire d'invalidité, toute rente d'accident du travail ou pour maladie professionnelle, les indemnités journalières versées par un régime obligatoire de sécurité sociale autre que celui des non-salariés, toute prestation d'aide sociale, allocation aux adultes handicapés...)

Une demande d'attribution ou de révision est-elle en cours ? **oui non**

Si oui, auprès de quel organisme ?

.....

.....

Adressez-nous le cas échéant vos notifications d'attribution ou de rejet (indemnités journalières et/ou pensions).

► Renseignements relatifs à l'invalidité et au tiers responsable

Votre invalidité est-elle due :

- à une maladie ? oui non

Si oui, à quelle date a-t-elle entraîné la cessation d'activité?

- à un accident du travail, de la circulation ? oui non

Si oui, à quelle date?.....

Dans quelles circonstances ?.....

.....

.....

.....

Y-a-t'il un tiers responsable présumé ? oui non

Si oui, avez-vous engagé un recours ? oui non

Nom et adresse du tiers responsable.....

.....

.....

Nom et adresse de la Compagnie d'Assurances du tiers responsable.....

.....

N° de police.....

Nom et adresse de votre Compagnie d'Assurances.....

.....

N° de police.....

Nom et adresse de votre avocat.....

.....

.....

Avez-vous obtenu une rente ou un capital ? oui non

Si oui, montant en euros Date de versement

► Votre médecin

Indiquez les noms et adresse de votre médecin traitant ou du médecin de votre choix.

Nom et adresse du médecin :

.....

Code postal : Commune :

Demande d'attribution d'une pension d'invalidité commerciale ou artisanale

Articles L. 635-5 et L.635-6 Code de la Sécurité sociale
Règlement du régime invalidité-décès des travailleurs non salariés des professions industrielles et commerciales.
(Arrêté du 08/01/1975 modifié)
Règlement du régime d'assurance invalidité-décès des travailleurs non salariés des professions artisanales
(Arrêté du 30 juillet 1987 modifié)

► **Demande et déclaration sur l'honneur**

Je demande à bénéficier de la pension d'invalidité du régime d'assurance invalidité-décès dont je relève.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent formulaire.

Je m'engage :

- à faciliter toute enquête pour les vérifier
- à vous faire part de toute modification de ma situation,
- à vous signaler toute reprise de travail et tous revenus professionnels perçus et revenus de remplacement (indemnités journalières...)

Fait à _____

Le _____

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de déclarations inexactes ou incomplètes (art. L.114-13 du Code de la sécurité sociale, arts. 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du Code pénal, art. L.725-13 du Code rural). 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.

Signature : _____

► **Vous venez de remplir votre demande de pension d'invalidité.**

N'oubliez pas de joindre à votre demande les justificatifs indiqués en page VI.

Partie réservée au conseiller retraite

1^{ère} intervention le : _____ demande délivrée le : _____ réception le : _____

Je soussigné(e) certifie avoir vérifié à l'aide des pièces justificatives valables que le demandeur m'a présentées, la conformité des renseignements fournis sur sa nationalité, son état civil, celui de son conjoint ou ex-conjoint décédé et le cas échéant de son conjoint actuel, celui des (nombre en toutes lettres) enfants mentionnés ci-dessus.

Signature du conseiller retraite : _____ Fait le : _____

Cachet de l'organisme

Articles L. 635-5 et L.635-6 Code de la Sécurité sociale
Règlement du régime invalidité-décès des travailleurs non salariés des professions industrielles et commerciales.
(Arrêté du 08/01/1975 modifié)
Règlement du régime d'assurance invalidité-décès des travailleurs non salariés des professions artisanales
(Arrêté du 30 juillet 1987 modifié)

Important – Pièces à joindre à l'appui de votre demande

- Après avoir rempli et signé votre demande de pension, déposez-la auprès de votre caisse RSI, en présentant les originaux ou les photocopies lisibles de votre livret de famille ou toute autre pièce justificative d'état civil et de nationalité (carte d'identité, passeport, autres documents délivrés par les autorités françaises ou étrangères)
- Si vous ne pouvez pas vous déplacer, envoyez-la accompagnée des photocopies des pièces justificatives d'état civil et de nationalité citées ci-dessus.
- Si vous êtes de nationalité étrangère et si vous résidez en France, une photocopie de votre titre de séjour ou le récépissé de votre demande, sauf si vous êtes suisse ou ressortissant de l'Espace Economique Européen (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Royaume-Uni, Grèce, Irlande, Islande, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Suède)
- Si vous avez arrêté votre activité, certificats de radiation du Répertoire des Métiers ou du Registre du Commerce.
- Si vous bénéficiez d'une pension ou rente d'invalidité, photocopie du titre.
- Si vous n'êtes pas imposable, photocopie de l'avis de non imposition ou de non recouvrement.
- Relevé d'identité Bancaire, postal ou de Caisse d'Epargne.