RSI Régime Social des Indépendants

Demande de retraite personnelle

Salarié du régime général et du régime agricole (art. L. 351-1 et suivants du code de la sécurité sociale)
Non-salarié agricole (MSA) (art. L. 732-18 et suivants du code rural)
Artisan et commerçant (art. L. 634-1 du code de la sécurité sociale)

cerfa N°10916*0

Important : merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.

Vous-même

Madame ❑ Monsieur ❑

Votre nom (de naissance) : .....

Votre nom d'époux ou d'épouse (s'il y a lieu) : .....

Si vous portez un autre nom, indiquez le : .....

Vos prénoms (soulignez votre prénom courant) : .....

Votre date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Votre nationalité : .....

Commune de naissance : ..... Département : ..... Pays : .....
(indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)

Téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Votre adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : ..... Pays : .....

Votre n° de Sécurité sociale ou de Mutualité Sociale Agricole : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Votre n° RSI COMMERÇANT : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Votre n° RSI ARTISAN : |_|_|_|_|_|_|

Votre situation de famille

Célibataire ❑ Marié(e) ❑ depuis le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Divorcé(e) ❑ Séparé(e) de corps ❑ Séparé(e) de fait ❑ veuf(ve) ❑ depuis le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Votre conjoint(e)

Son nom (de naissance) : ..... Son nom d'époux ou d'épouse : .....

Ses prénoms (soulignez le prénom courant) : .....

Sa date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Sa nationalité : .....

Commune de naissance : ..... Département : ..... Pays : .....
(indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)

Son n° de Sécurité sociale ou de Mutualité Sociale Agricole : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Son n° RSI COMMERÇANT : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Son n° RSI ARTISAN : |_|_|_|_|_|_|

Vos enfants et ceux que vous avez élevés

Mentionnez tous les enfants : les vôtres, ceux de votre conjoint(e) ou de votre (vos) précédent(s) conjoint(s), les enfants recueillis, adoptés y compris les enfants mort-nés ou décédés.

Indiquez pour chaque enfant : la (les) période(s) durant laquelle (lesquelles) vous l'avez élevé depuis sa naissance ou sa date d'adoption ou sa prise en charge effective jusqu'à son 16ème anniversaire.

Nom de naissance de l'enfant*	Prénom	Lien de parenté	Date de naissance	Date de décès	Période durant laquelle vous avez élevé cet enfant jusqu'à 16 ans
					du au
					du au
					du au
					du au
					du au

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

Partie réservée au conseiller retraite

1ère 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, celui des (nombre en toutes lettres) ..... enfants mentionnés ci-dessus.

Signature du conseiller retraite : Fait le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Cachet de l'organisme

Vous avez ou avez eu à votre charge un ou plusieurs enfants lourdement handicapés

Des trimestres supplémentaires peuvent vous être accordés sous certaines conditions.

- Vous élevez ou avez élevé un ou plusieurs enfants atteints d'une incapacité d'au moins 80 % donnant droit à l'une des allocations suivantes : allocation d'éducation de l'enfant handicapé et son complément, l'allocation d'éducation spéciale et son complément, l'allocation spéciale aux mineurs grands infirmes, l'allocation d'éducation spécialisée des mineurs infirmes, l'allocation des mineurs handicapés ..... **oui** ❑ **non** ❑
  Si oui, préciser l'allocation dont il s'agit : .....
- Percevez-vous ou avez-vous perçu personnellement cette allocation ? ..... **oui** ❑ **non** ❑

Majoration de retraite pour conjoint(e) âgé(e) de 60 ans et plus

Une majoration peut vous être accordée si votre conjoint(e) est âgé(e) d'au moins 65 ans ou s'il(elle) est âgé(e) de 60 à 65 ans et reconnu(e) inapte au travail par un médecin. Dans les deux cas, ses ressources personnelles doivent être inférieures au plafond fixé par la loi (pour en savoir plus, vous pouvez contacter un conseiller retraite).

Attention : Ne remplissez cette rubrique que si vous souhaitez bénéficier de cette majoration

Votre conjoint(e) a disposé de ressources personnelles au cours des 3 mois précédant cette demande ..... **oui** ❑ **non** ❑
Votre conjoint(e) perçoit une retraite personnelle ..... **oui** ❑ **non** ❑
L'inaptitude au travail de votre conjoint(e) est médicalement reconnue ..... **oui** ❑ **non** ❑

- Cette majoration ne s'applique pas aux non salariés agricoles.
- Les conjoint(e)s d'ancien(ne)s commerçant(e)s peuvent bénéficier d'un droit spécifique sous certaines conditions.
  N'hésitez pas à contacter votre caisse RSI (anciennement ORGANIC)

Votre demande

Vous avez exercé des activités salariées et non salariées :

- Cochez la ou les cases correspondant aux régimes auprès desquels vous souhaitez obtenir votre retraite.
- Précisez la date que vous avez choisie comme point de départ de votre retraite pour chacun des régimes.
  Sachez que : - cette date ne peut pas précéder votre 60ème anniversaire,
  - votre demande doit parvenir à la caisse avant la date choisie.
- Indiquez-nous également la date à laquelle vous avez cessé ou vous cesserez votre activité pour chacun des régimes.

A quel régime et à quelle date souhaitez-vous obtenir votre retraite ?

❑ **régime général de sécurité sociale -** point de départ souhaité 0 1 | 2 0

Avez-vous cessé votre activité au régime général ?
Oui ❑ **à quelle date ?** _____ **Non** ❑ **à quelle date cesserez-vous ?** _____

❑ **régime des salariés agricoles -** point de départ souhaité 0 1 | 2 0

Avez-vous cessé votre activité au régime des salariés agricoles ?
Oui ❑ **à quelle date ?** _____ **Non** ❑ **à quelle date cesserez-vous ?** _____

❑ **régime des non salariés agricoles -** point de départ souhaité 0 1 | 2 0

Avez-vous cessé votre activité au régime des non salariés agricoles ?
Oui ❑ **à quelle date ?** _____ **Non** ❑ **à quelle date cesserez-vous ?** _____

❑ **régime des artisans -** point de départ souhaité 0 1 | 2 0

Avez-vous cessé votre activité au régime des artisans ?
Oui ❑ **à quelle date ?** _____ **Non** ❑ **à quelle date cesserez-vous ?** _____

❑ **régime des commerçants** - point de départ souhaité 0 1 | 2 0

Avez-vous cessé votre activité au régime des commerçants ?
Oui ❑ **à quelle date ?** _____ **Non** ❑ **à quelle date cesserez-vous ?** _____

Faites-vous également votre demande à l'un des titres énoncés ci-dessous ?

- Vous êtes reconnu(e) inapte au travail par un médecin ..... **oui** ❑ **non** ❑
- Vous êtes lourdement handicapé(e) et vous remplissiez, en 2006 ou après, les conditions prévues pour la retraite avant 60 ans des travailleurs lourdement handicapés (voir page IV de la notice jointe) ..... **oui** ❑ **non** ❑
- Vous êtes ancien(ne) combattant(e) ou dans une situation similaire (prisonnier(e) de guerre, déporté(e),…) ..... **oui** ❑ **non** ❑
- Vous êtes mère de trois enfants ou plus, et vous avez exercé un travail manuel ouvrier pénible pendant 5 ans au cours des 15 dernières années (votre conseiller retraite vous précisera les conditions à remplir) ..... **oui** ❑ **non** ❑

Votre activité professionnelle en France

Cochez les cases correspondant à vos différentes activités — Indiquez, si possible les années de début et de fin d'activités dans chaque régime

✓ **Salarié(e) du régime général**..... ❑ de |_|_|_|_| à |_|_|_|_|
Année Année

✓ **Salarié(e) du régime agricole**..... ❑ de |_|_|_|_| à |_|_|_|_|
Année Année

✓ **Non salarié(e) agricole**

Chef d'exploitation ..... ❑ de |_|_|_|_| à |_|_|_|_|
Année Année

Conjoint(e) ou aide familial(e)..... ❑ de |_|_|_|_| à |_|_|_|_|
Année Année

Commune et département de l'exploitation : .....

✓ **Commerçant(e)**

Commerçant(e)..... ❑ de |_|_|_|_| à |_|_|_|_|
Année Année

Aide familial(e)..... ❑ de |_|_|_|_| à |_|_|_|_|
Année Année

Nom de la dernière caisse à laquelle vous êtes inscrit(e) : .....

Son adresse : .....

✓ **Artisan(e)**

Artisan(e)..... ❑ de |_|_|_|_| à |_|_|_|_|
Année Année

Aide familial(e)..... ❑ de |_|_|_|_| à |_|_|_|_|
Année Année

Nom de la dernière caisse à laquelle vous êtes inscrit(e) : .....

Son adresse : .....

✓ **Profession libérale** de |_|_|_|_| à |_|_|_|_|
Année Année

Nom de la dernière caisse à laquelle vous êtes inscrit(e) : .....

Son adresse : .....

Votre n° de cotisant(e) : .....

✓ **Régimes spéciaux des salariés** (fonctionnaires, EDF-GDF, SNCF…) de |_|_|_|_| à |_|_|_|_|
Année Année

Précisez le(s)quel(s) : .....

Vous êtes en activité à ce régime spécial ..... ❑

Nom de votre employeur actuel : .....

Son adresse : .....

A quelle date cesserez-vous votre activité ? |_|_|_|_|_|_|_|_|

Vous avez cessé votre activité à ce régime spécial depuis le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Vous êtes retraité(e) de ce régime spécial : oui ❑ depuis le |_|_|_|_|_|_|_|_| non ❑ .....

Votre activité professionnelle à l'étranger

Si vous avez exercé une activité professionnelle à l'étranger, contactez un de nos conseillers retraite. Il vous renseignera sur la démarche à suivre.

Période(s) à l'étranger : de |_|_|_|_| à |_|_|_|_| | de |_|_|_|_| à |_|_|_|_|

Activité exercée : ..... | .....

Lieu de l'emploi : ..... | .....

Pays : ..... | .....

Votre n° de cotisant(e) : ..... | .....

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

Avez-vous demandé ou percevez-vous actuellement une des prestations suivantes ?

- ❑ **une pension d'invalidité** .....
- ❑ **l'allocation aux adultes handicapés** .....
- ❑ **le RMI** .....
- ❑ **l'allocation spéciale** .....
- ❑ **la préretraite agricole** .....
- ❑ **l'allocation des travailleurs de l'amiante** .....
- ❑ **l'allocation de préparation à la retraite** (pour les anciens combattants d'Afrique du Nord) .....
- ❑ **une ou des retraites de réversion** (n'indiquez pas les retraites de réversion des régimes complémentaires) .....

Complétez, ci-dessous, selon votre situation :

Nom de l'organisme : ..... | .....

Son adresse : ..... | .....

|_|_|_|_|_| ..... | |_|_|_|_|_| .....

Nature de la prestation : ..... | .....

N° de dossier : ..... | .....

Date d'attribution de votre prestation : |_|_|_|_|_|_|_|_| | |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom de votre conjoint décédé si retraite de réversion : ..... | .....

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

Vos dépenses de santé sont-elles prises en charge par un organisme de Sécurité sociale étranger ?

Oui ❑ Non ❑

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.
Je m'engage à faciliter toute enquête pour les vérifier.

Fait à

Le

Votre signature :

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, 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.

Vous venez de remplir votre demande de retraite personnelle.
Merci de nous faire part de toute modification de votre situation.
Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement joindre les pièces indiquées dans les **« justificatifs à joindre »** (page II et III de la notice jointe)