





## 7 - PENSION D'INVALIDITÉ

Avez-vous déjà bénéficié d'une pension d'invalidité par un organisme ?  OUI  NON

SI OUI, **VEUILLEZ INDIQUER** :

le nom de l'organisme et l'adresse de celui-ci : .....

Code postal :       Commune : .....

Au titre de quel régime ? .....

**VEUILLEZ INDIQUER** :

La date d'attribution de la pension :

la date de suspension :

la date de suppression :

la date de rétablissement :

Dans le cas de suspension ou de suppression,

**VEUILLEZ INDIQUER** si vous avez fait appel de la décision :  OUI  NON

Dans l'affirmative, date de l'appel :

## 8 - RENTES ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIE PROFESSIONNELLE

Avez-vous été victime d'un accident du travail ?  OUI - Date de l'accident :

NON

Avez-vous demandé : une rente accident du travail ?  OUI  NON

une rente maladie professionnelle ?  OUI  NON

SI OUI, **VEUILLEZ INDIQUER** :

la date de la demande :

l'organisme saisi de la demande : .....

le numéro de votre dossier auprès de cet organisme :

**ETES-VOUS TITULAIRE** :

d'une rente accident du travail ?  OUI  NON

d'une rente maladie professionnelle ?  OUI  NON

SI OUI, **VEUILLEZ INDIQUER** :

Le taux d'incapacité (I.P.P) : ..... %

la date d'attribution :

le montant de la rente : ..... € par trimestre

Avez-vous demandé la révision de votre rente ?

SI OUI, **VEUILLEZ INDIQUER** :

la date de votre demande :

s'il y a lieu, la décision prise à la suite de cette demande : .....

.....

### 9 - PENSION MILITAIRE D'INVALIDITÉ

Etes-vous titulaire d'une pension militaire ?

OUI

NON

SI OUI, **VEUILLEZ INDIQUER** :

La date d'attribution : | | | | | | | | | | | |

le taux d'invalidité : ..... %

le montant annuel : ..... €

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

### 10 - APPELÉ SOUS LES DRAPEAUX

**VEUILLEZ INDIQUER** pendant quelle période du : | | | | | | | | | | | | au : | | | | | | | | | | | |

### 11 - RETRAITES

**ETES-VOUS TITULAIRE :**

d'une pension d'ancienneté ?

OUI

NON

d'un avantage vieillesse ?

OUI

NON

d'une retraite anticipée ?

OUI

NON

SI OUI, **VEUILLEZ INDIQUER** :

au titre de quel régime ? .....

par quel organisme ? .....

la date d'attribution : | | | | | | | | | | | |

le montant annuel : ..... €

### 12 - REVENU DE SOLIDARITÉ ACTIVE

Etes-vous titulaire du rSa ?

OUI

NON

SI OUI, **VEUILLEZ INDIQUER** la date d'attribution :

| | | | | | | | | | | |

### 13 - ALLOCATION ADULTE HANDICAPÉ

Avez-vous déposé une demande d'AAH ?

OUI

NON

Etes-vous titulaire de l'AAH ?

OUI

NON

**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 :