





## 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 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'activité dans chaque régime

- ▶ **Salarié(e) du régime général**  de  Année à  Année
- ▶ **Salarié(e) du régime agricole**  de  Année à  Année
- ▶ **Non salarié(e) agricole**
- Chef d'exploitation :  de  Année à  Année
- Conjoint(e) ou aide familial(e) :  de  Année à  Année
- Commune et département de l'exploitation : \_\_\_\_\_
- ▶ **Commerçant(e)**
- Commerçant(e) :  de  Année à  Année
- Aide familial(e) :  de  Année à  Année
- Nom de la dernière caisse à laquelle vous êtes inscrit(e) : \_\_\_\_\_
- Son adresse : \_\_\_\_\_
- ▶ **Artisan(e)**
- Artisan(e)  de  Année à  Année
- Aide familial(e)  de  Année à  Année
- Nom de la dernière caisse à laquelle vous êtes inscrit(e) : \_\_\_\_\_
- Son adresse : \_\_\_\_\_
- ▶ **Profession libérale**  de  Année à  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  Année à  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 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        
Année Année Année Année

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 ?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> une pension d'invalidité .....  | <input type="checkbox"/> l'allocation spéciale .....                      |
| <input type="checkbox"/> l'allocation aux adultes handicapés .....   | <input type="checkbox"/> la préretraite agricole .....                    |
| <input type="checkbox"/> le RMI .....  | <input type="checkbox"/> l'allocation des travailleurs de l'amiante ..... |
| <input type="checkbox"/> l'allocation de préparation à la retraite (pour les anciens combattants d'Afrique du Nord) .....                |   |
| <input type="checkbox"/> une ou des retraites de réversion (n'indiquez pas les retraites de réversion des régimes complémentaires) ..... |   |

### Complétez, ci-dessous, selon votre situation :

<p>Nom de l'organisme : .....</p> <p>Son adresse : .....</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....</p> <p>Nature de votre prestation : .....</p> <p>n° de dossier : .....</p> <p>Date d'attribution de votre prestation : <input type="text"/> .....</p> <p>Nom de votre conjoint décédé si retraite de réversion : .....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	--

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             .....

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).  
 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 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" (pages II et III de la notice jointe).**