

► **Nous autorisez-vous à contacter votre CPAM ou l'organisme agricole afin d'obtenir les informations relatives à votre indemnisation au titre des AT/MP ?**

oui non

► **Vous avez ou avez eu à votre charge 1 ou plusieurs enfants gravement handicapés**

Une majoration de trimestres peut vous être accordée 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 : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et son complément, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et la prestation de compensation du handicap, 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 :

• Vous êtes ou étiez personnellement titulaire de l'une de ces allocations : oui non

► 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. Nous la retiendrons :
 - si votre demande nous parvient à la date choisie,
 - et si vous remplissez, à cette date, les conditions d'âge et d'activité vous permettant de bénéficier de la retraite pour pénibilité.
- 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 ? | | | | | | | | | |

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> une pension d'invalidité | <input type="checkbox"/> le RSA (ou le RMI) |
| <input type="checkbox"/> l'allocation aux adultes handicapés | <input type="checkbox"/> l'allocation spéciale |
| <input type="checkbox"/> des allocations chômage | <input type="checkbox"/> la préretraite agricole |
| <input type="checkbox"/> l'allocation compensatrice pour tierce personne | <input type="checkbox"/> l'allocation des travailleurs de l'amiante |
| <input type="checkbox"/> une ou des retraites de réversion (n'indiquez pas les retraites de réversion des régimes complémentaires) | |

autres, précisez :

Compléter 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 qui vous joindrez à cette demande.

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 :

► 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,
- à vous faire connaître toute modification de ma situation.

Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du code de la Sécurité Sociale.

Fait à :

Le

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.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. L114-13 du code de la Sécurité Sociale, arts 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L114-17 du code de la Sécurité Sociale.

Votre signature :

► Vous venez de remplir votre demande de retraite.

Merci de nous faire part de toute modification concernant votre situation.

Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement joindre les pièces indiquées en pages II et III de la notice jointe.