

DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITÉ

La pension d'invalidité est une prestation accordée, temporairement, à un(e) assuré(e) qui présente une invalidité réduisant ses capacités de travail ou de gain d'au moins deux tiers. C'est un revenu de remplacement qui compense une perte de gain liée à la survenance d'une invalidité.

► Votre identité

Référence Cipav :	CI _____
N° de Sécurité sociale :	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
Nom :
Prénom :
Date de naissance :	□ □ □ □ □ □

► Votre adresse

.....

.....

.....

► Vos coordonnées

N° de téléphone :	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
E-mail :@.....

► Votre situation familiale

Célibataire

Marié(e) / Pacsé(e) / Remarié(e) en date du : □ □ □ □ □ □

Divorcé(e) / Fin de Pacs / Veuf(ve) en date du : □ □ □ □ □ □

Nombre d'enfants : □ □

► Votre conjoint(e) à compléter uniquement si vous êtes marié(e)

N° de Sécurité sociale :	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
Nom :
Prénom :
Date de naissance :	□ □ □ □ □ □
Lieu de naissance :

► Votre demande de pension

Je sollicite une pension d'invalidité.

Êtes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ? Oui Non

Si oui, quel est le taux de la pension ? %

Coordonnées de l'organisme :

► Votre carrière à compléter impérativement

Activités exercées	Périodes	Nom et adresse des organismes de retraite auxquels vous avez cotisé
Salarié régime général	Du Au.....	
Salarié ou non salarié agricole	Du Au.....	
Commerçant SSI <i>Anciennement RSI ou ORGANIC</i>	Du Au.....	
Artisan SSI <i>Anciennement RSI ou AVA</i>	Du Au.....	
Profession libérale	Du Au.....	
Autres régimes : <i>Ex : fonctionnaires, militaires, SNCF, EDF-GDF...</i>	Du Au.....	

► Pièces à joindre

- Le présent formulaire complété, daté et signé,
- Le certificat médical joint complété, daté et signé par le médecin en charge de votre suivi.

NB : nous vous rappelons que les assuré(e)s en activité doivent être à jour de cotisations. La pension d'invalidité prend effet au 1^{er} jour du mois suivant votre demande.

► J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration.

Fait à :, le : Signature :

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 d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 313-1, 313-3, 433-19, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal). Les données à caractère personnel que la Cipav collecte, de même que celles qui sont recueillies ultérieurement, sont destinées à la Cipav en sa qualité de responsable du traitement. La Cipav veille à ce que seules les personnes habilitées puissent avoir accès à ces données. Les prestataires de services de la Cipav peuvent être destinataires de ces données pour réaliser les prestations que la Cipav leur confie. Certaines données personnelles peuvent être adressées à des tiers ou à des autorités légalement habilitées et ce pour satisfaire les obligations légales de la Cipav, réglementaires ou conventionnelles. Dans les conditions prévues par la réglementation relative à la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et d'effacement des données vous concernant. Vous pouvez exercer vos droits par voie électronique à l'adresse suivante : dpo@lacipav.fr en y joignant la copie de votre carte nationale d'identité.

CERTIFICAT MÉDICAL POUR INVALIDITÉ

Ce formulaire est destiné à être joint à toute demande de pension d'invalidité. Après avoir complété personnellement les cadres **1** et **2**, vous devrez faire remplir les cadres **3** à **7** par le médecin en charge de votre suivi. **Complété avec soin, il peut vous dispenser d'être convoqué(e) par un médecin expert.**

Merci d'adresser ce document dans une enveloppe portant la mention « confidentiel, secret médical » **au médecin conseil de la Cipav 9 rue de Vienne, 75403 Paris cedex 08.** Nous vous invitons à joindre les justificatifs médicaux en votre possession qui aideront au traitement de votre demande de prestation.

► Votre identité

Référence Cipav :	Cl _____								
N° de Sécurité sociale :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
Profession :								
Nom :								
Prénom :								
Date de naissance :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								

2 ► Votre demande de pension à remplir obligatoirement par l'assuré(e)

Je sollicite une pension d'invalidité.

Êtes-vous titulaire d'une pension d'invalidité : Oui Non Si oui, taux de la pension : %

Coordonnées de l'organisme :

.....

Les données à caractère personnel que la Cipav collecte, de même que celles qui sont recueillies ultérieurement, sont destinées à la Cipav en sa qualité de responsable du traitement. La Cipav veille à ce que seules les personnes habilitées puissent avoir accès à ces données. Les prestataires de services de la Cipav peuvent être destinataires de ces données pour réaliser les prestations que la Cipav leur confie. Certaines données personnelles peuvent être adressées à des tiers ou à des autorités légalement habilitées et ce pour satisfaire les obligations légales de la Cipav, réglementaires ou conventionnelles. Dans les conditions prévues par la réglementation relative à la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et d'effacement des données vous concernant. Vous pouvez exercer vos droits par voie électronique à l'adresse suivante : dpo@lacipav.fr en y joignant la copie de votre carte nationale d'identité.

À l'attention du médecin :

Nous vous remercions de remplir intégralement et avec le plus grand soin ce document en décrivant la situation clinique actuelle (handicap de votre patient, retentissement fonctionnel et professionnel), en mentionnant les traitements suivis et en étant le plus précis possible notamment sur les dates et le stade d'évolution des affections mentionnées.

3 ► **Identité du médecin** à remplir obligatoirement par le corps médical

Je soussigné

N° d'inscription à l'ordre des médecins :

Nom et prénom du médecin :

demeurant à :

déclare avoir examiné le/...../..... M.

demeurant à :

4 ► **Pathologie à l'origine de l'invalidité** à remplir obligatoirement par le corps médical

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date de début de la pathologie :

5 ► **Nature et origine de l'affection** à remplir obligatoirement par le corps médical

● L'état de santé est-il stabilisé ? Oui Non

Si oui, depuis le :

Si non, prochain examen médical prévu dans lesmois

● Nature des traitements en cours :

.....

● Taux d'invalidité professionnelle :%

● L'affection permet-elle à l'assuré(e) d'exercer sa profession libérale de manière : partielle

totale

Depuis le : jusqu'au :

Dans quelles conditions :

.....

6 ► **Informations complémentaires** à remplir obligatoirement par le corps médical

1. État général

Taille : l'avenir en toute confiance Poids : Signes de sénilité :

2. Appareil cardio-vasculaire :

Coeur : État des artères :

T.A. : OEdèmes:

3. Appareil respiratoire :

Troubles fonctionnels :

Examen clinique : Radios :

4. Appareil uro-génital :

Éléments anormaux : sucre : albumine :

Trouble de miction : Pollakiurie :

Nombre de grossesses : Prolapsus :

5. État neuro-psychique :

Trouble de la parole : de l'équilibre : de la marche :

Réflexes : Fonctions intellectuelles :

Mémoire : Psychisme :

6. Appareil digestif :

Doléances : Examens cliniques :

7. Organes des sens :

Acuité visuelle : O.D. : O.G. :

Ouïe :

8. Rhumatismes :

Chroniques : Localisations :

Déformations : Conséquences :

9. Autres appareils :

7 ► **Conclusions du médecin** *diagnostic*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à :, le :/...../..... **Signature et cachet du médecin traitant :**