

MODELE I.1.

N° .....

Cadre réservé à l'Institut  
National de Sécurité Sociale

DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITE

Identification du travailleur :

NOM : .....  
Postnom ou prénom : .....  
Surnom : .....  
Sexe – F/M : .....  
Né à (lieu) ..... Secteur : .....  
Le .....  
Père : .....  
Mère : .....  
Adresse en vue du paiement : .....  
.....

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale

Territoire : .....

Numéro de la carte d'identité

Le travailleur déclare :

I. qu'il n'exerce pas d'activité lucrative substantielle.

II. qu'il  $\left\{ \begin{array}{l} \text{bénéficie} \\ \text{ne bénéficie pas} \end{array} \right\} \left\{ \begin{array}{l} \text{biffer la mention} \\ \text{inutile} \end{array} \right\}$  d'une allocation, d'une rente ou d'indemnité journalière en application des dispositions légales organisant la réparation du dommage résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Eventuellement numéro de la décision : .....

Organisme à charge duquel l'allocation, la rente ou les indemnités sont payées (Institut National de Sécurité Sociale) : .....

III. que l'invalidité  $\left\{ \begin{array}{l} \text{est due} \\ \text{n'est pas due} \end{array} \right\} \left\{ \begin{array}{l} \text{biffer la mention} \\ \text{inutile} \end{array} \right\}$  à un accident pour lequel la responsabilité civile d'un tiers est engagée  
Eventuellement renseignements concernant le tiers responsable.

NOM : ..... POSTNOM OU PRENOM : .....

Adresse : .....

IV. qu'il contient sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés dans la présente demande de pension d'invalidité, et atteste en outre que toutes les pièces justificatives mentionnées au verso, sont effectivement jointes à la présente demande.

Lorsque le travailleur ne sait ou ne peut signer :

(Attestation de l'autorité locale compétente)

Je soussigné, .....

(noms, postnoms ou prénoms et qualité)

atteste que la demande a été établie conformément aux déclarations du travailleur.

Le ....., 20.....

Signature de l'autorité locale compétente

Le ....., 20.....

Signature du Travailleur

ATTESTATION A REMPLIR PAR L'AUTORITE LOCALE COMPETENTE :

Je soussigné, .....

(nom, postnom ou prénom et qualité)

- Atteste que le demandeur s'est présenté devant moi à la date du ..... 20....., en vue d'accomplir les formalités nécessaires à l'introduction de sa demande de pension d'invalidité.
- Atteste que le demandeur : a) a atteint l'âge de ..... Ans, depuis le ....., 20....., ainsi qu'il résulte de b) est présumé avoir atteint l'âge de ..... Ans, depuis le ....., 20..... pour raisons suivantes .....
- Certifie l'exactitude des déclarations du demandeur en ce qui concerne l'identité et le numéro d'immatriculation à la Sécurité Sociale.
- Certifie ne pas être en possession d'éléments permettant d'infirmer les déclarations du demandeur.

Fait à ....., le ..... 20.....

SIGNATURE

