



n° 11237\*03

assuré social MME xxxxxxxxxxxxxx

n° de Sécurité Sociale 2 51 xx xx xxx xxx xx

Pour tout contact ☎ 3646  
(prix d'un appel local depuis un poste fixe)

*Ce formulaire est mis en ligne pour information.  
Pour votre démarche, votre organisme vous  
adressera un document préidentifié à vos  
coordonnées afin que vous le complétiez et le lui  
retourniez.*

CPAM DE MAINE-ET-LOIRE 32 RUE LOUIS GAIN  
49937 ANGERS CEDEX 9Mme xxxxxxxxxxxxxx  
18 RUE CHASSEPOT  
76910 CRIEL SUR MER

0012xxxxxxxxxxxxxxxx102200830042008

**INVALIDITE - DECLARATION DE SITUATION ET DE RESSOURCES**

(articles L. 341-12 et 13, L. 341-16 al.2, R. 341-14 et 17, R. 815-39 et 78 du Code de la sécurité sociale)

**Période du / / au / /**

Madame,

Pour éviter tout retard dans le versement de votre pension d'invalidité référencée **251xxxxxxxx-xx-DP-001**,  
veuillez compléter cette déclaration pour la période de référence du JJ/MM/AAAA au JJ/MM/AAAA, la signer  
et la renvoyer par retour du courrier à l'adresse ci-dessous.

Adresse du service invalidité : CENTRE 9999 FICTIF IJ

**Sans réponse de votre part, les règlements seront suspendus.**

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur

1 Votre adresse a-t-elle changé ?  OUI  NONSi oui, depuis quelle date ?  /  /  Est-elle provisoire ?  OUI  NON  
Indiquez votre nouvelle adresse :Avez-vous séjourné hors du territoire français ?  OUI Indiquez les dates : .....  NON2 Votre situation familiale a-t-elle changé ?  OUI  NONSi oui, depuis quelle date ?  /  /   
 Célibataire  Marié(é)  PACS  Concubin(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)**Important : En cas de changement de mode de paiement, veuillez nous transmettre le RIB correspondant****Partie réservée à l'organisme (Ne rien inscrire dans ces zones)**

P	<input type="text"/>	Cat	<input type="text"/>	STMC	<input type="text"/>	AI	<input type="checkbox"/>
AS	<input type="checkbox"/>	ANS	<input type="checkbox"/>	RP	<input type="checkbox"/>	AA	<input type="checkbox"/>
FSI/ASI - Etat	<input type="text"/>	SM	<input type="checkbox"/>				

# INVALIDITE - DECLARATION DE RESSOURCES

Référence de la pension : 2xxxxxxxxxxxxx-DP-001

Période de référence du JJ/MM/AAAA au JJ/MM/AAAA

Vous devez déclarer vos différentes ressources en **MONTANTS BRUTS**, et dans la monnaie dans laquelle elles ont été perçues, ceci **pour la période de référence ci-dessus**.

**3** Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié (sur la période) du versement d'indemnités journalières par votre caisse d'assurance maladie ?  OUI  NON

**4** Votre situation professionnelle correspond-elle à l'un des cas ci-dessous ? <sup>(1)</sup>  OUI  NON

Mois <small>(détail pour chaque mois de la période de référence)</small>	<input type="checkbox"/> <b>Activité salariée ou maintien de salaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Activité commerciale, libérale, artisanale</b>	<input type="checkbox"/> <b>Chômage indemnisé, nature de l'allocation</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre</b> (Exemple : indemnités journalières versées par un autre organisme)
	Montant BRUT mensuel	Montant BRUT mensuel	Montant BRUT JOURNALIER	Montant BRUT mensuel
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
début le :	début le :	début le :	Précisez la situation :	
fin le :	fin le :	fin le :	l'organisme payeur :	

(1) art. R. 341-17 du Code de la sécurité sociale - application des règles de cumul entre une pension d'invalidité et des revenus d'activité professionnelle salariée ou non salariée.

**5**  OUI  NON

Si oui, veuillez cocher et compléter la(les) rubrique(s) correspondante(s)

<input type="checkbox"/> Pension militaire d'invalidité	<input type="checkbox"/> Pension d'un régime spécial	<input type="checkbox"/> Pension du régime agricole	<input type="checkbox"/> Rente Accident du travail	<input type="checkbox"/> Autre (à préciser)
Montant mensuel	Montant mensuel	Montant mensuel	Montant mensuel	Montant mensuel

**6**  OUI  NON Si oui : préciser la date de la demande : .....

(2) Art. L. 341-16 al.2 - versement de la pension d'invalidité jusqu'à la date de demande de pension de vieillesse en cas de poursuite de l'activité professionnelle au-delà de l'âge légal de la retraite.

**7**  OUI du ..... au ..... Nom et adresse de l'établissement :  NON

**8** Si vous bénéficiez de l'Allocation Supplémentaire d'invalidité, veuillez remplir EGALEMENT le tableau ci-dessous :

Total des montants BRUTS des avantages perçus pendant la période de référence	Pensions, rentes et retraites	Allocation adulte handicapé/ RSA	Salaires, gains, indemnités journalières	Allocations chômage	Autres (complémentaires, prévoyance, alloc compensatoire...)	Valeurs des biens mobiliers/immobiliers, placement, assurance vie...
Par vous-même (en complément des paragraphes 4 et 5)						
Par votre conjoint(e), concubin(e), partenaire de PACS...						

Vous, ou votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS, avez-vous fait une donation sur la période de référence ?  OUI  NON

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je m'engage à faire connaître à ma Caisse tous les changements pouvant les modifier, et à fournir toute pièce justificative sur demande.

Date et Signature de l'assuré(e)

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L.114-13 et L.162-1-14 du Code de la sécurité sociale)  
 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 L.162-1-14 du Code de la sécurité sociale.  
 Toutes les informations figurant sur cette déclaration sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant à votre organisme d'assurance maladie.