CAVIMAC
La sécurité sociale des cultes

Demande de pension d'invalidité

► **Pour nous contacter :**
Vous désirez des informations complémentaires, vous souhaitez nous rencontrer,

► appelez-nous au 01 41 58 45 45
► connectez-vous sur le site www.cavimac.fr

Cavimac - Le Tryalis - 9, rue de Rosny - 93100 Montreuil sous Bois
Tél : 01 41 58 45 45 - Fax : 01 41 58 45 90 – www.cavimac.fr
SIRET 430 019 125 00029 - Article L 382-17 du Code de la Sécurité Sociale

CAVIMAC
Le régime social des cultes

DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITE

Assurance invalidité article L 381-18.1 C.S.S.

ETAT CIVIL (1)

NOM : _____ **Prénoms :** _____

de NAISSANCE *(en capitales d'imprimerie)* *(dans l'ordre de l'État civil)*

DATE de NAISSANCE : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **LIEU de NAISSANCE :** _____

NATIONALITE : _____ **DEPARTEMENT ou PAYS :** _____

NUMERO D'IMMATRICULATION A LA CAVIMAC : |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|
(numéro de Sécurité sociale)

ADRESSE de RESIDENCE :

N° : _____ Rue : _____

Localité : _____

Code postal : |__|__|__|__|__| Bureau distributeur : _____

Téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

• Cette adresse est-elle également celle : de votre collectivité n° ..... OUI ☐ NON ☐

ou : de votre communauté n° ..... OUI ☐ NON ☐

(1) Pour justifier les informations d'état civil, joindre obligatoirement la photocopie lisible de l'un des documents suivants : carte nationale d'identité, passeport, extrait d'acte de naissance, titre de séjour ….

MINISTERE OU VIE RELIGIEUSE

• **Désignation de la collectivité dont vous relevez actuellement :** N° de Collectivité Date de début de ministère ou de vie religieuse

_____ |__|__|__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

_____ _____

Date de début de ministère ou de vie religieuse pour ce qui concerne le culte catholique :

- vie sacerdotale : tonsure (avant 1973) diaconat (à partir de 1973) et premier engagement depuis le 01.10.1988.
- vie religieuse : 1ère profession.

• **Précisez dans tous les cas les périodes de ministère ou de vie religieuse à l'étranger et dans les territoires d'Outre- Mer** (portez si nécessaire la mention NEANT)

	Date de début	Date de fin
_____	|__|__| |__|__| |__|__|__|__|	|__|__| |__|__| |__|__|__|__|
_____	|__|__| |__|__| |__|__|__|__|	|__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Cadre réservé au responsable de la collectivité dont relève l'assuré(e) :

SIGNATURE ET CACHET :

Je soussigné(e) certifie exactes les informations ci-dessus.

Fait à : _____ Le _____

CAVIMAC
Le régime social des cultes

DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITE
Assurance invalidité article L 381-18.1 C.S.S.

ACTIVITE PROFESSIONNELLE

• **<u>Avez-vous exercé une activité professionnelle salariée ou non-salariée et relevé à ce titre d'un régime autre que le régime des cultes</u> ?**

. Avant le 1er janvier 1979 ☐ OUI ☐ NON

Précisez la période : du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

. Après le 1er janvier 1979 ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu « OUI » à l'une des deux questions ci-dessus, veuillez indiquer le nom et l'adresse de la (ou des) caisse(s) concernée(s) :

_____

_____

• **<u>Etes-vous bénéficiaire ou avez-vous demandé l'un des avantages suivants</u> :**

Pension ou rente attribuée par un régime de Sécurité Sociale : ☐ OUI ☐ NON

Pension ou rente acquise au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre : ☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu OUI à l'une de ces questions, indiquez :

- Les coordonnées de la Caisse qui vous sert la pension (1) :

_____

_____

La date d'entrée en jouissance de cette pension (ou date de dépôt de votre demande si celle-ci n'a pas encore abouti) : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

(1) Joindre une photocopie de la notification d'attribution de votre pension

TIERS RESPONSABLE

• **Votre invalidité fait-elle suite à un accident ?** ☐ OUI ☐ NON

• **Une action a-t-elle été engagée contre un tiers ?** ☐ OUI ☐ NON

Dans le cas d'une réponse positive, préciser le nom et l'adresse :

↳ du responsable du dommage ↳ de sa compagnie d'assurance

_____ _____

_____ _____

_____ _____

CAVIMAC
Le régime social des cultes

DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITE
Assurance invalidité article L 381-18.1 C.S.S.

SITUATION FISCALE (1)

- **Je suis domicilié fiscalement :** ☐ en France ☐ hors de France

- **Etes-vous imposable sur les revenus de l'avant dernière année civile précédant la date d'effet de votre pension** ☐ OUI ☐ NON

Si « NON », joindre l'avis de non-imposition délivré par les services fiscaux.

(1) Cette information a pour but d'examiner votre situation vis-à-vis des précomptes polypensionnés, C.S.G. et C.R.D.S.

MODE DE PAIEMENT

Je désire que mes arrérages soient versés *(mettre une croix dans la case correspondante)* :

☐ par virement à mon CCP, compte bancaire ou d'épargne

☐ sur le compte désigné par ma collectivité

☐ sur le compte désigné par ma Communauté n° |__|__| (sous ensemble d'une collectivité)

Je joins obligatoirement un relevé d'idendité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude de la présente déclaration : Signature du demandeur

Fait à ..... le .....

NB. Au cas où le demandeur ne peut signer lui-même, pour raison médicale, une personne mandatée peut signer à sa place, sous réserve de justifier de son mandat.

OBSERVATIONS EVENTUELLES DU DEMANDEUR