

DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITÉ

(Article 33 à 37 de la Convention - Article 26
de l'arrangement administratif général)

Le formulaire est établi par l'institution de l'État de résidence du demandeur et transmis à l'institution de l'autre État contractant, accompagné de toutes les pièces justificatives, notamment d'ordre médical. L'institution de l'autre État contractant qui reçoit la demande de pension procède à l'examen des droits et informe de sa décision l'institution d'instruction.

| | |
|----------|---------------------------------|
| 1 | INSTITUTION DESTINATAIRE |
| 1.1 | Dénomination : |
| 1.2 | Adresse : |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------|------------------|---------|-------|-------|-------|---|--|------------------------|
| 2 | RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRAVAILLEUR | | | | | | | | | |
| 2.1 | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Nom</td> <td style="width: 33%;">Nom de naissance</td> <td style="width: 33%;">Prénoms</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin</td> <td>Nationalité : (1).....</td> </tr> </table> | Nom | Nom de naissance | Prénoms | | | | Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | | Nationalité : (1)..... |
| Nom | Nom de naissance | Prénoms | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | | Nationalité : (1)..... | | | | | | | | |
| 2.2 | <p>État civil</p> <p><input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)</p> <p><input type="checkbox"/> Divorcé(e) (depuis le) <input type="checkbox"/> Séparé(e) (depuis le)</p> | | | | | | | | | |
| 2.3 | Date de naissance Lieu de naissance | | | | | | | | | |
| 2.4 | Nom du père Nom de la mère | | | | | | | | | |
| 2.5 | Adresse : | | | | | | | | | |
| 2.6 | Numéro d'immatriculation en France : | | | | | | | | | |
| 2.7 | Numéro d'immatriculation au Maroc : | | | | | | | | | |

3 Date de dépôt de la demande

4 Date du début de l'incapacité de travail :.....

4.1 L'intéressé exerce n'exerce plus

une activité salariée une activité non salariée

4.2 S'il exerce une activité salariée :

Montant du salaire : Durée hebdomadaire du travail :

4.3 S'il exerce une activité non salariée :

Nature de cette activité :.....

Date de cessation de l'activité professionnelle :

4.4 en qualité de travailleur salarié :

en qualité de travailleur non salarié :

nature de cette activité :

5. L'assuré bénéficie des prestations suivantes :

5.1 indemnités de l'assurance maladie pour incapacité de travail depuis le :

5.2 pension d'invalidité depuis le

5.3 pension de vieillesse depuis le

5.4 pension de survivant depuis le

5.5 rente d'accident du travail ou maladie professionnelle depuis le

5.6 prestations de chômage depuis le :

5.7 autre prestation (à préciser).....

Institution(s) débitrice(s) des prestations visées ci-dessus

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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA CARRIÈRE

| 6 | RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES EMPLOIS DANS L'AUTRE ÉTAT | | | |
|-----|---|---------|---------|------------|
| | Employeur ou nature de l'activité | Adresse | Période | Profession |
| 6.1 | | | | |
| 6.2 | | | | |
| 6.3 | | | | |
| 6.4 | | | | |
| 6.5 | | | | |

| 7. | Pièces jointes : |
|-----|---|
| 7.1 | <input type="checkbox"/> Formulaire SE 350-02 "Attestation relative à la totalisation des périodes d'assurance" |
| 7.2 | <input type="checkbox"/> Rapport médical : SE 350-19 (à joindre impérativement) (2) |
| 7.3 | <input type="checkbox"/> Autres documents (3) |
| | |
| | |
| 7.4 | Observations : |
| | |
| | |

| 8 | INSTITUTION DE L'ÉTAT DE RÉSIDENCE | | |
|-----|------------------------------------|--|----------------|
| 8.1 | Dénomination : | | |
| 8.2 | Adresse : | | |
| | | | |
| 8.3 | Cachet | | 8.4 Date |
| | | | Signature |

(1) Préciser le numéro d'identité (CIN) pour une personne de nationalité française

(2) Le rapport médical établi pour les besoins exclusifs de l'institution destinataire de la demande fait l'objet d'une facturation conformément aux dispositions de l'article 35 § 3 de l'arrangement administratif

(3) Joindre un relevé d'identité bancaire ou, à défaut, mentionner l'indication précise du numéro de compte du demandeur et de l'établissement auprès duquel il est ouvert. Pour les besoins des institutions marocaines, le compte sur lequel est payée la pension doit impérativement être un compte personnel du titulaire (à l'exclusion du compte joint).

Instructions

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de quatre pages ; aucune d'entre elles ne peut être supprimée même si elle ne contient aucune mention utile.

La demande de pension d'invalidité déposée auprès de l'institution du lieu de résidence française ou marocaine est transmise :

- au Maroc : à l'institution compétente, par l'intermédiaire si nécessaire de l'organisme de liaison.
- en France : à l'institution compétente, par l'intermédiaire si nécessaire de l'organisme de liaison.