

La pension est calculée sur la base d'une rémunération moyenne obtenues à partir des **10 meilleures salaires bruts annuels**, le montant de la pension ne peut pas dépasser le plafond de Sécurité Sociale.



CSSM

CAISSE DE
SÉCURITÉ SOCIALE
DE MAYOTTE

La date d'effet de la pension correspond à la date à laquelle le médecin-conseil de la **CSSM** a évalué l'état d'invalidité.

Catégorie d'invalidité	Pourcentage du salaire brut annuel moyen	Montant mensuel maximum	Montant mensuel minimum
1 seule catégorie à Mayotte	50%	Plafond mensuel de sécurité sociale de	Montant minimum vieillesse (=50 % SMIG)



☎ 02 69 61 91 91

✉ PLACE MARIAGE - 97600 MAMOUDZOU

@ pfs.cssm@css-mayotte.fr

🌐 www.cssm.fr

“

MA PENSION
D'INVALIDITÉ



CSSM

CAISSE DE
SÉCURITÉ SOCIALE
DE MAYOTTE

**JE SUIS SALARIÉ ET J'AI ÉTÉ VICTIME
D'UNE MALADIE OU D'UN ACCIDENT
D'ORIGINE NON PROFESSIONNELLE
QUI A FAIT BAISSER MA CAPACITÉ DE
TRAVAIL**

SCHEMA SOCIALE
**l'Assurance
Maladie**
MAYOTTE

Je peux bénéficier d'une pension d'invalidité

QUI PEUT FAIRE LA DEMANDE ?

- Moi ou mon médecin qui, avec mon accord, peut alors adresser un certificat médical au médecin conseil du service médical de la **CSSM**
- La **CSSM** : le médecin conseil du service médical de la **CSSM** fait le point avec moi sur mon état de santé et me propose une pension d'invalidité.

QUELLES SONT LES CONDITIONS D'ATTRIBUTION ?

Si je suis dans l'incapacité de reprendre mon travail, je peux percevoir une pension d'invalidité en remplissant les conditions suivantes :

- Je n'ai pas atteint l'âge légal de la retraite (*entre 60 et 62 ans*)
- Ma capacité de travail ou de revenus est réduite d'au moins 2/3
- Je suis affilié (e) à la **CSSM**
- Je justifie d'un nombre d'heures de travail salarié ou d'un montant cotisé au cours des 12 mois précédent mon arrêt de travail pour invalidité
- Disposer d'une décision médicale de mise en invalidité

“ MA PENSION D'INVALIDITÉ ”

CERFA N°11174*05

Cerfa Demande de pension d'invalidité A adresser à l'organisme d'assurance maladie dont vous dépendez

INDEMP-IRE n° 11174*05

La personne qui demande la pension d'invalidité

Nom et prénom(s) :
(nom de famille (je réajuste) suivi du nom d'époux (divorcé(e) et/ou veuf)

Adresse :
Code Postal : _____ Commune : _____

Situation familiale : célibataire marié(e) pacsé(e) concubin(e) séparé(e) de droit divorcé(e) veuf(ve)

Nationalité : Française UE/EEE/Suisse autre

N° de sécurité sociale : _____ date de naissance : _____

N° de téléphone : _____ courriel : _____

Autres renseignements administratifs concernant le demandeur

• **Votre situation au moment de la demande** (cocher les cases correspondant à votre situation et remplacer les crochets s'y rapportant)

Activité salariée

Nom et adresse de votre dernier employeur :
Code Postal : _____ Commune : _____

Période d'activité - du _____ au _____

Activité non salariée Chômage indemnisé Autre Précisez : _____

• **Votre maladie ou votre blessure justifiant la demande de pension résulte d'un accident causé par un tiers** (après accident du travail ou maladie professionnelle)
Date de cet accident : _____

• **Vous avez bénéficié ou vous bénéficiez déjà d'une pension d'invalidité**
Nom et adresse de l'organisme ayant attribué cette pension :
Code Postal : _____ Commune : _____

• **Vous avez été affilié(e) à un régime autre que le régime général** (cocher les cases correspondant à votre situation et remplacer les crochets s'y rapportant)
Le(s) régime(s) concerné(s) _____ les nom et adresse de l'organisme dont vous dépendez _____

MSA - salariés	<input type="checkbox"/>
RSI	<input type="checkbox"/>
CRPCEN	<input type="checkbox"/>
CAVIMAC	<input type="checkbox"/>
Autre régime	<input type="checkbox"/>

Au moment de votre demande, êtes-vous affilié(e) dans plusieurs régimes de protection sociale ? oui non

• **Vous bénéficiez d'une rente accidents du travail ou maladies professionnelles**
Nom et adresse de l'organisme ayant attribué la rente :
Code Postal : _____ Commune : _____

• **Vous avez demandé une rente accidents du travail ou maladies professionnelles qui est en cours d'étude**
Nom et adresse de l'organisme qui étudie la demande :
Code Postal : _____ Commune : _____

• **Vous avez travaillé dans un pays de l'UE/EEE autre que la France ou dans un pays ou territoire signataire d'une convention bilatérale ou dans une collectivité d'outre-mer signataire d'un accord de coordination**
Précisez ces pays, territoire(s), collectivité(s) _____ (période du _____ au _____)

Je dois remplir le formulaire ci-dessus « *Demande de pension d'invalidité* » et je l'adresse, accompagné des pièces justificatives demandées, dans les meilleurs délais à la **CSSM**.