|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personne assurée (prénom, nom)      | Date de naissance      | Numéro d’assuré756.     |

**1. ETAT DE SANTE**

* 1. Selon vous, votre état de santé est : stationnaire 🞏

 amélioré 🞏 si oui, depuis quand ?

 aggravé 🞏 si oui, depuis quand ?

|  |
| --- |
|  |
| **0005101721533028** |

1.2 En quoi consiste cette modification éventuelle ?

1.3 Etes-vous actuellement en traitement ou sous contrôle médical ?

oui 🞏 non 🞏

1.4 Si oui, merci d’indiquer les coordonnées de l’ensemble des médecins que vous consultez actuellement : médecin traitant, des spécialistes, des établissements hospitaliers, etc. ainsi que la date de la dernière consultation

1.5 Si non, auprès de qui étiez-vous en traitement ou sous contrôle médical en dernier lieu ?

1.6 En outre, merci de nous expliquer les raisons de l’absence d’un suivi médical.

**2. ACTIVITES**

2.1 Etes-vous

 salarié 🞏 indépendant 🞏 sans activité lucrative 🞏 occupé aux travaux de votre propre ménage 🞏

2.2 Depuis l’octroi de la rente / depuis la dernière révision, avez-vous fait l’objet d’un changement professionnel (reprise ou abandon d’activité, modification de taux) en lien à votre état de santé ? oui 🞏 non 🞏

2.3 Si salarié, merci de nous communiquer les coordonnées de vos employeurs (copie du contrat de travail)

2.4 Si indépendants

 Quel a été votre revenu durant les trois dernières années ? (Merci de joindre les pièces comptables jusqu’au
 dernier bouclement)

2.5 Si sans activité lucrative, avez-vous envisagé de reprendre une activité professionnelle ? oui 🞏 non 🞏

2.6 Si oui, merci de nous indiquer les démarches entreprises

2.7 Depuis l’octroi de la rente / depuis la dernière révision, exercez-vous des activités occupationnelles, de
 bénévolat ou de loisirs ? oui 🞏 non 🞏

2.8 Si oui, merci de nous communiquer des précisions à ce sujet (type d’activité, fréquence, depuis quand)

2.9 Touchez-vous également des prestations d’autres assurances sociales ? oui 🞏 non 🞏

2.10 Si oui, merci de nous indiquer le nom et l’adresse de l’institution

**3. SITUATION FAMILIALE**

3.1 Votre situation familiale a-t-elle fait l’objet de modifications déterminantes depuis l’octroi de la rente ?

oui 🞏 non 🞏

3.2 Si oui, lesquelles ?

Mariage 🞏 date : Divorce 🞏 date :

Séparation 🞏 date : Naissance/adoption 🞏 date :

Décès 🞏 date : Partenariat enregistré 🞏 date :

Concubinage 🞏 depuis quand : Colocation 🞏 depuis quand :

Départ d’enfant(s) du domicile familial 🞏 si oui, qui : à quelle date :

Arrivée d’enfant(s) au domicile familial 🞏 si oui, qui : à quelle date :

3.3 Si autres, merci de nous préciser brièvement les modifications.

**4. Remarques**

Annexes :

Lieu et date Signature (la signature sous forme électronique suffit)