

Entreprise

Nom et adresse de l'employeur : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

N° de SIRET : _____ P _____

Adresse de correspondance (si différente de l'adresse de l'employeur) : _____

N° de contrat prévoyance : _____

Personne à contacter : _____

Téléphone : _____

Salarié concerné par la déclaration

Nom d'usage : _____

Catégorie d'emploi :

Nom de naissance : _____

☐ Non Cadre* ☐ Cadre*

Prénoms : _____

* Précisez la catégorie (Apprenti, Ouvrier, employé, agent de maîtrise non article 36, agent de maîtrise article 36 VRP, VRP cotisant à l'IR-VRP) :

Date de naissance : _____

Date d'entrée dans l'entreprise : _____

Département de naissance : _____

Commune de naissance : _____

En cas de rupture de contrat :

Pays de naissance : _____

- Date de sortie : _____

N° Sécurité sociale : _____

- Motif : _____

Adresse : _____

Le salarié a-t-il plusieurs employeurs : ☐ Oui ☐ Non

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Arrêt de travail

Date du premier jour de l'arrêt de travail ayant généré l'invalidité : _____

Motif de l'arrêt de travail :

☐ Maladie ☐ Accident

Date de la mise en invalidité par le régime de base : _____

Si l'arrêt de travail est consécutif à un accident, a-t-il été causé par un tiers ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez le nom et adresse du tiers et de sa compagnie d'assurance et le numéro de dossier de celle-ci (si connu) : _____

Eléments de calculs

Veillez remplir la grille des salaires figurant ci-dessous :

Mois	Salaire brut	Salaire net	Salaire brut reconstitué	Salaire net reconstitué
Salaire du mois N - 1 (mois précédant le décès ou l'arrêt de travail)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 2	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 3	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 4	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 5	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 6	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 7	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 8	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 9	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 10	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 11	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 12	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 13	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 14	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Total	_____ 0,00 €	_____ 0,00 €	_____ 0,00 €	_____ 0,00 €

(1) Le salaire total s'entend de toute rémunération ayant donné lieu à cotisation au risque décès.

Salaire de référence

Le salaire mensuel moyen brut , plafonné à la tranche B , perçu au cours des 14 derniers mois précédant l'arrêt de travail ayant entraîné l'invalidité , primes incluses .

Veillez préciser les taux de charges salariales hors CSG-RDS :

Sur la tranche A : , %

Sur la tranche B : , %

Sur salaire total : , %

Justificatifs à produire

- Dans tous les cas
- Demande de prestations complétée et signée.
 - Copie de votre bulletin de salaire du mois de votre invalidité.
 - Copie du bulletin de salaire du mois d'arrêt de travail à l'origine de votre mise en invalidité.
 - Copie des bulletins de salaire des mois de _____ à _____ ou à défaut les 14 mois précédant l'arrêt de travail à l'origine de votre mise en invalidité.
 - Notification d'attribution définitive du montant de pension d'invalidité délivrée par le régime de base ou par la MSA ou la notification de la rente d'incapacité physique permanente indiquant la catégorie et le montant versé.
 - Attestation de paiement des indemnités journalières versées par le régime de base depuis le début de l'arrêt jusqu'à la veille de l'invalidité.
 - Relevé d'identité bancaire (RIB) du salarié.
 - Copie du dernier avis d'imposition du salarié sur les revenus.
 - Si vous avez des enfants à charge, l'attestation de la carte vitale et un certificat de scolarité / certificat d'apprentissage pour chaque enfant.

- En cas de rupture du contrat de travail
- Photocopie du certificat de travail du salarié pour chaque employeur.
- Dans les mois précédant votre arrêt de travail, aviez-vous d'autres employeurs ?
- ☐ OUI

☐ NON
- Si OUI, joindre la copie des bulletins de salaire des 14 mois précédant la date d'arrêt de travail ayant généré votre invalidité
- Depuis votre mise en invalidité, êtes-vous inscrit à France Travail ?
- ☐ OUI

☐ NON
- Si OUI, percevez-vous des allocations chômage ?
- ☐ OUI

☐ NON
- Si réponse positive, joindre une attestation d'attribution chiffrée de cette prestation et les bordereaux de paiement.
- Si réponse négative, mais inscrit à France Travail, joindre une copie du refus de cet organisme.
- Depuis votre mise en invalidité, avez-vous une activité professionnelle (même partielle) au sein d'une entreprise ?
- ☐ OUI

☐ NON
- Si OUI, depuis quelle date :

À partir de cette date, votre employeur doit indiquer le montant des salaires dans chaque colonne du tableau ci-dessous :

[illegible]

* Salaire temps partiel :

En cas d'arrêt de travail (maladie, accident du travail, maternité...) :

- si vous maintenez le salaire à votre salarié, merci de nous indiquer le salaire rétabli brut et net
- sinon merci de joindre la copie des bulletins de salaire et la copie des bordereaux d'indemnités journalières de la Sécurité sociale ou la MSA relatifs à la période d'arrêt de travail.

Suite à l'examen du dossier, des pièces complémentaires pourront être demandées.

L'employeur soussigné, certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.

**** Salaire rétabli sur le temps d'activité avant l'invalidité :**

En cas d'arrêt de travail (maladie, accident du travail, maternité...), merci de nous indiquer le salaire rétabli brut et net du salarié.

Par ailleurs, nous vous remercions de nous indiquer, ci-dessous, les taux de charges actuels précomptés sur le bulletin de salaire hors CSG-RDS :

Sur la tranche A : 11, 11 %

Sur la tranche B : 1, 1 %

Sur salaire total : , %

Fait à:

Date: _____

Cachet et signature **obligatoires** de l'employeur

Après réception de votre dossier complet, l'étude et le contrôle de ce dernier, le montant de la prestation à servir et sa date d'effet vous seront notifiés par écrit dans un délai maximum de 6 semaines.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur cette demande et je m'engage à faire connaître tous les changements pouvant modifier ma situation (reprise ou cessation d'activité, montant des ressources, changement d'adresse...).

Fait à:

Date: _____

Signature de l'assuré