

Demande de prestations

CCN Établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées [n° 3124]

Invalidité

Retour du document : AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1

Pour toute question concernant la constitution de ce dossier, appelez-nous au :

0 972 672 222 (appel non surtaxé)

1/ Entreprise

Nom de l'employeur : _____
Adresse de l'employeur : _____
N° de SIRET : _____
N° de contrat : _____
Personne à contacter : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

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

Téléphone : _____

2/ Salarié concerné par la déclaration

Nom d'usage : _____
Nom de naissance : _____
Prénoms : _____
Date de naissance : _____
Commune de naissance : _____
Département de naissance : _____
Pays de naissance : _____
N° de Sécurité sociale : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Téléphone : _____
E-mail : _____

Catégorie d'emploi

Date d'entrée dans l'entreprise : _____

☐ Temps complet ☐ Temps partiel à _____ %

Le salarié est :

- ☐ cadre de direction (directeur, directeur adjoint)
☐ cadre hiérarchique (chef de service, chef d'atelier...)
☐ cadre fonctionnel (médecin, psychologue...)
☐ personnel éducatif
☐ personnel de soins
☐ personnel administratif
☐ personnel des services généraux
☐ personnel de production (entreprise adaptée)

Secteur d'activité

☐ Secteur adulte ☐ Secteur enfant ☐ Non applicable

Rythme de travail

- ☐ Travail de jour ☐ Travail de nuit ☐ Variable ou décalé
☐ Bénéficie de congés trimestriels
☐ Ne bénéficie pas de congés trimestriels

En cas de rupture de contrat

Date de sortie : _____

Motif : _____

Le salarié avait-il d'autres employeurs avant son arrêt de
travail ? ☐ Oui ☐ Non

Arrêt de travail

Date du premier jour de l'arrêt de travail ayant généré

l'invalidité : _____

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

Invalidité

☐ 1^{re} catégorie ☐ 2^e catégorie ☐ 3^e catégorie

Incapacité professionnelle (l'incapacité professionnelle avec un taux inférieur à 30 % n'ouvre pas droit à prestation)

☐ Comprise entre 33 et 66 % ☐ Supérieure ou égale à 66 %

Motif de l'arrêt de travail

☐ Maladie ☐ Accident

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) :

3/ Éléments de calcul

Veuillez remplir la grille des salaires figurant ci-dessous en indiquant les salaires bruts des 12 mois précédant l'arrêt de travail à l'origine de la mise en invalidité :

Mois	Salaire brut réellement perçu pour une activité à temps partiel	Salaire brut reconstitué qu'aurait perçu l'assuré s'il avait normalement poursuivi son activité salariale
Salaire du mois N -1 (mois précédent l'arrêt)	€	€
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	€	€
Total	0,00 €	0,00 €

En cas de modification de salaire de manière aléatoire nous nous autorisons à réclamer les bulletins de salaire pour vérification.

Salaire de référence

Le salaire mensuel moyen brut, plafonné à la tranche B, perçu au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail, primes incluses.

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

Sur la tranche A : , %

Sur la tranche B : 11,11 %

Sur salaire total : %

Important

Tout dossier incomplet sera retourné pour complément de pièces ou de renseignement.

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 :

Période	Les salaires perçus nets avant prélèvement à la source (PAS)	Les salaires reconstitués nets avant prélèvement à la source (PAS)
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€
Total	0,00 €	0,00 €

* 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.

** 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.

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 12 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.

Éléments de mise à jour du dossier à compter de la date de l'invalidité

Premier cas

Avez-vous une activité professionnelle (même partielle) au sein d'une entreprise ? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, depuis quelle date ?

(Si éléments de mise à jour du dossier non complétés par l'employeur (tableau page 2), joindre les copies des bulletins de salaire depuis le 1^{er} jour de la reprise d'activité).

Deuxième cas

Percevez-vous des ressources d'un autre organisme (retraite d'un autre régime, stage rémunéré, ...) ? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, joindre l'attestation de paiement depuis le mois d'invalidité.

Troisième cas

Si vous avez été licencié et que vous ne percevez plus aucune ressource exceptée la pension d'invalidité versée par le régime de base, cochez la case ☐.

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.

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 ;
- notification d'attribution définitive du montant de pension d'invalidité délivrée par le régime de base indiquant la catégorie et le montant versé ;
- décomptes de paiement de la rente invalidité du régime de base ;
- décomptes de paiement des indemnités journalières versées par le régime de base depuis le début de l'arrêt, si ce dernier n'a jamais été indemnisé par AG2R LA MONDIALE ;
- relevé d'identité bancaire (RIB) du salarié ;
- avis d'imposition du salarié sur les revenus N-1 et N-2.

Selon la situation :

- tout document justifiant de ressources complémentaires (bulletins de salaire, attestation de France Travail, attestation de paiement d'autres caisses de prévoyance, indemnités journalières) ;
- attestation sur l'honneur du salarié précisant qu'il ne perçoit pas d'autres ressources que sa rente de régime de base.

En cas de rupture du contrat de travail :

- photocopie du certificat de travail du salarié.

Fait à :
Date :
Cachet et signature obligatoire 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