

Demande de prestations

Invalidité

CCN Hospitalisation privée à but non lucratif (FEHAP)

Pour toute question concernant la constitution de ce dossier, appelez-nous au :
0 972 672 222 (appel non surtaxé)

Document à retourner : AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1

Entreprise

Nom de l'employeur : _____

Adresse de l'employeur : _____

Code postal : _____

Ville : _____

N° de SIRET : _____

N° de contrat prévoyance : _____ P

Personne à contacter : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

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

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

Salarié concerné par la déclaration

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

Département de naissance : _____

Commune de naissance : _____

Pays de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Catégorie d'emploi :

☐ Non cadre* ☐ Cadre*

* 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 d'entrée dans l'entreprise : _____

En cas de rupture de contrat :

Date de sortie : _____

Motif : _____

Le salarié a-t-il plusieurs employeurs :

☐ 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 : _____

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) : _____

Éléments de calcul

Salaire de référence

Le dernier salaire brut précédant l'invalidité, actualisé en fonction de l'évolution de la valeur du point conventionnel et de l'ancienneté à la date d'attribution, incluant l'incidence mensuelle des primes, majorations nuitées et dimanches.

Mois :	
Temps de travail contractuel :	heures
Salaire brut rétabli (base et ancienneté) :	€
Majoration nuitées et dimanches, primes mensuelles :	€
1/12 ^e des primes non mensuelles (primes décentralisées et autres) :	€
Soit un total global de :	0 €

À partir de la date d'invalidité, avez-vous versé une rémunération à votre salarié, y compris congés payés ?

☐ Oui ☐ Non

Si OUI, compléter le tableau ci-dessous (si salaire nul, indiquer 0)

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

Période	Salaire réellement perçu pour une activité à temps partiel*		Salaires reconstitués perçus par l'assuré s'il avait normalement poursuivi son activité salariée**	
	Brut	Net	Brut	Net
	€	€	€	€
	€	€	€	€
	€	€	€	€
	€	€	€	€
	€	€	€	€
	€	€	€	€
	€	€	€	€
	€	€	€	€
	€	€	€	€
	€	€	€	€
	€	€	€	€
	€	€	€	€
	€	€	€	€
	€	€	€	€
	€	€	€	€
Total	0 €	0 €	0 €	0 €

* Salaire temps partiel : En cas d'arrêt de travail (maladie, accident de travail, maternité...) :

- si vous maintenez le salaire de 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 de travail.

** Salaire rétabli sur le temps d'activité avant l'invalidité : En cas d'arrêt de travail (maladie, accident de travail, maternité...), merci de nous indiquer le salaire rétabli brut et net du salarié.

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

Fait à : _____
Date : | | | | | | | | | |
Cachet ou signature **obligatoire** de l'employeur

Justificatifs à produire

Dans tous les cas :

- Demande de prestations complétée et signée.
- Copie de votre bulletin de salaire du mois de votre mise en invalidité.
- Copie de votre bulletin de salaire du mois d'arrêt de travail à l'origine de votre mise en invalidité.
- Copie des bordereaux de paiement de pension d'invalidité depuis la 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.
- Votre relevé d'identité bancaire (RIB).
- Les copies de vos deux derniers avis d'imposition sur les revenus.
- En cas de sortie des effectifs : le bulletin de salaire du mois du licenciement.

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.

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

Signature du salarié

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...).

Important

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

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.

Si vous ne percevez pas d'autres ressources autre que la pension d'invalidité de base, cochez cette case ☐.

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 au 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 ?

Fait à :

Date :

Signature de l'assuré