

# Demande de prestations

## Convention collective nationale 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 et 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 : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date 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<sup>er</sup> catégorie  2<sup>e</sup> catégorie  3<sup>e</sup> 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) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par votre organisme  
d'assurance, membre de AG2R LA MONDIALE, dans le cadre de la gestion des garanties dont  
vous bénéficiez et de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives  
en vigueur, dont la lutte anti-blanchiment, ou l'analyse de vos données, dans le cadre des  
obligations de conseil nous incombant.

Dans le cadre de ces traitements, vos données sont transmises aux services en relation avec  
vous et vos ayants-droits, aux membres de AG2R LA MONDIALE, le cas échéant à ses sous-  
traitants et à ses partenaires qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées et,  
enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

Les informations collectées sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au  
contrat, nous ne serions pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal  
renseignées.

Vous pouvez demander l'accès aux données vous concernant et leur rectification. Vous  
disposez, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données,  
ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de leur traitement. Vous avez également la faculté

de définir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre  
décès.

Vous disposez, en outre, du droit de vous opposer au traitement de vos données conformément  
aux dispositions légales et réglementaires, et notamment à leur utilisation à des fins de  
prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité  
à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, 154 rue Anatole  
France, 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à [informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr](mailto:informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr)

Nous apportons la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins s'ils considèrent  
que le traitement des données les concernant constitue une atteinte à leurs droits, les  
bénéficiaires disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique

« Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://conso.bloctel.fr/>

Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données personnelles :

<https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

### 3/ Éléments de calcul

Veillez 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	€	€
<b>Total</b>	<b>€</b>	<b>€</b>

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

#### Important

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

#### 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.

Depuis votre mise en invalidité, avez-vous une activité professionnelle (même partielle) au sein d'une entreprise ?

OUI  NON

Si OUI, depuis quelle date : \_\_\_\_\_

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

Sur la tranche A : \_\_\_\_\_ %

Sur la tranche B : \_\_\_\_\_ %

Sur salaire total : \_\_\_\_\_ %

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 PAS	Les salaires reconstitués nets avant prélèvement à la source (PAS)
_____	€	€
_____	€	€
_____	€	€
_____	€	€
_____	€	€
_____	€	€
_____	€	€
_____	€	€
_____	€	€
_____	€	€
_____	€	€
_____	€	€
_____	€	€
<b>Total</b>	<b>€</b>	<b>€</b>

\* 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 Pôle emploi ?

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 Pôle emploi, 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 1er 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 d'une pièce d'identité recto verso du salarié ;
- 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 Pôle emploi, 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