

Demande de prestations

CCN Hospitalisation privée à but non lucratif (FEHAP)

Invalidité

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

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 : _____ P

Personne à contacter : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

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

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 :

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) : _____

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 ayant-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

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

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 :	€
1/12e des primes non mensuelles (primes décentralisées et autres) :	€
Soit un total global de :	€

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 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.

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

Oui Non

Si Oui, depuis quelle date ? _____

Justificatifs à produire

Dans tous les cas :

- Demande de prestations complétée et signée.
- Copie recto/verso de la carte d'identité du salarié.
- Copie de votre bulletin de salaire du mois précédant votre mise en 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 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.

A 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	€	€	€	€

* 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.

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 : ||| %

Sur la tranche B : ||| %

Sur salaire total : ||| %

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.

Fait à : _____

Date : ||||||||||||

Cachet ou signature **obligatoire** de l'employeur

Important

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

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