

DEMANDE DE PENSION COMPLÉMENTAIRE D'INVALIDITÉ

Le demandeur complète les rubriques 1-2 et joint les pièces justificatives listées à la rubrique 3. Le dernier employeur du participant complète les rubriques 4-5-6-7-8, joint les pièces justificatives indiquées à la rubrique 9 et adresse l'imprimé à la CAPSSA.

1. IDENTITÉ ET SITUATION DU PARTICIPANT

N° d'immatriculation à la Sécurité sociale:

Nom Nom de naissance
Prénom(s) Né(e) le Lieu de naissance

État civil

célibataire marié(e) veuf(ve)
divorcé(e) séparé(e) pacsé(e) vie maritale

Adresse

N° Rue
Code Postal Ville Pays

Téléphone Courriel@.....

Date d'effet de la pension d'invalidité attribuée par le Régime Général de la Sécurité Sociale

Avez-vous bénéficié d'un congé sans solde au cours des 12 mois précédant votre mise en invalidité ?

Oui Non

Si **Oui**, avez-vous versé les cotisations de prévoyance pour le maintien de la couverture de prévoyance ?

Oui Non

Date du dernier versement

Percevez-vous une autre pension ou allocation ou prestation de toute nature pour cette invalidité, autre que celle du Régime Général de la Sécurité Sociale ?

Oui Non

Si **Oui**, indiquez ci-après le nom de l'organisme dont vous relevez ainsi que le montant mensuel de la pension, de l'allocation ou de la prestation de toute nature qui vous est versé :

Nom de l'organisme Montant mensuel

Si la demande est formulée pour le compte d'un majeur protégé :

Nom de l'administrateur, du tuteur ou du curateur :

Prénom(s) Né(e) le

Adresse

N° Rue
Code Postal Ville Pays



2. ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e)
déclare avoir pris connaissance des textes régissant la garantie invalidité.

Je certifie l'exactitude des renseignements figurant à la rubrique 1 du présent imprimé.

Je m'engage à signaler tout changement de situation susceptible d'avoir une incidence sur le service de ma pension :

- changement de catégorie d'invalidité ;
- suppression, suspension de la pension d'invalidité du Régime Général de la Sécurité Sociale ou attribution d'une nouvelle pension ;
- reprise d'activité professionnelle sachant que pour un invalide travailleur, toute période de congé, maladie indemnisée est assimilée à une période d'activité ;
- cessation d'activité ;
- changement d'horaire d'activité ;
- perception d'une allocation de remplacement (ARE, ASS, Pôle emploi, indemnités journalières, etc...).

Je m'engage également à reverser toutes sommes indûment perçues.

Si vous avez été victime d'un dommage causé par un tiers responsable et que vous avez droit au versement de prestations indemnitaires CAPSSA : vous devez le déclarer à nos services, dans les meilleurs délais et ce en vertu des dispositions de l'article L.931-11 du Code de la sécurité sociale.

Je consens à l'utilisation de mes données personnelles collectées par ce formulaire. J'ai pris connaissance de mes droits et des conditions dans lesquelles mes données personnelles seront utilisées dans le cadre de la gestion des prestations du contrat collectif de la CAPSSA à la rubrique du site www.capssa.fr « Protection des données ». Il est possible d'écrire, pour l'exercice d'un droit ou pour toute demande d'information sur le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, à CAPSSA DGD 2 ter Boulevard Saint-Martin, 75010 PARIS en justifiant de votre identité

Fait à, le **Signature du participant**
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

3. PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR PAR LE DEMANDEUR

- Photocopies du Titre et de la Notification de Montant de Pension d'Invalidité du Régime Général de la Sécurité Sociale ;
- Pièce d'identité du demandeur **(au choix)** :
 - Photocopie recto-verso de la carte d'identité en cours de validité ;
 - Photocopie du passeport en cours de validité.
- Photocopie du jugement de tutelle ou de curatelle si la demande est formulée pour le compte d'un majeur protégé ;
- Relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne (la pension est payable au compte personnel du bénéficiaire ou à un compte joint et s'il s'agit d'un majeur protégé, au compte de l'administrateur, du tuteur ou du curateur) ;
- Photocopie de l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu.

V04.2024 b300u



4. SITUATION ADMINISTRATIVE DU PARTICIPANT

N° d'immatriculation à la Sécurité sociale:

Date d'entrée dans un organisme adhérent à la CAPSSA

Période(s) de congé sans solde au cours des 12 derniers mois précédant celui de la mise en invalidité:

Du au nature

Du au nature

Période(s) de travail à temps partiel au cours des 12 derniers mois précédant celui de la mise en invalidité:

Du au horaire de travail

Du au horaire de travail

Le salarié a-t-il bénéficié du maintien de son salaire pendant la maladie précédant la mise en invalidité?

Oui

Non

Dernier jour ayant donné lieu à un versement de salaire avant la mise en invalidité

5. ÉLÉMENTS SERVANT AU CALCUL DU SALAIRE A LA VEILLE DE LA MISE EN INVALIDITÉ

Libellé de l'emploi Coefficient

Points d'expérience

Points de compétence

Points mesure PA

Nature des primes ou indemnités

Base de calcul Montant mensuel brut de la prime

Horaire hebdomadaire de travail H centièmes

Valeur du point Salaire mensuel brut

Au cours des 12 derniers mois précédant celui de la mise en invalidité, la règle du 1/10ème s'est-elle appliquée?

Oui

Non

Si **Oui** préciser:

Le montant La période de référence pour prise de congé

6. ÉLÉMENTS COMPLÉMENTAIRES

Merci d'indiquer tous les éléments complémentaires que vous jugerez utiles à l'instruction de la demande (augmentation de la valeur du point, promotion ou primes,...):

.....
.....
.....



7. ÉLÉMENTS SERVANT AU CALCUL DU SALAIRE À COMPTER DE LA MISE EN INVALIDITÉ

Depuis sa mise en invalidité, le salarié continue-t-il de percevoir une rémunération au titre de l'article 41 de la CCNT relatif à la maladie rémunérée ?

Oui jusqu'à Non

Si **Oui** :

- Horaire hebdomadaire d'activité en centièmes
- Base horaire hebdomadaire de rémunération en centièmes
- Salaire mensuel brut correspondant

L'agent poursuit-il une activité ?

Oui à compter du Non

Si **Oui** :

- Horaire hebdomadaire d'activité en centièmes
- Base horaire hebdomadaire de rémunération en centièmes
- Salaire mensuel brut correspondant

8. SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR ET ATTESTATION DE L'EXACTITUDE DES INFORMATIONS

Je certifie l'exactitude des renseignements figurant aux rubriques 4 à 7 du présent imprimé.

Nom du gestionnaire du dossier

Téléphone Courriel@.....

Fait à **le**

Signature

Cachet de l'Organisme

9. PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR PAR L'EMPLOYEUR

Bulletins de salaire des 12 derniers mois précédant celui de la mise en invalidité

Ex : si la mise en invalidité a lieu le 15 juillet 2021, les bulletins de salaire à fournir sont relatifs à la période de juillet 2020 à juin 2021.

