



CAPSSA

# DEMANDE DE PENSION COMPLEMENTAIRE D'INVALIDITE

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 – 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 : .....

Code postal :  Ville : .....

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 : .....

Code postal :  Ville : .....



## 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, ASSEDIC, indemnités journalières, etc...).

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

Fait à : ..... le .....

Signature précédée de la mention "lu et approuvé"

## 3 – PIECES 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)** :
  - extrait d'acte de naissance datant de moins de trois mois ;
  - 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 non imposition à l'impôt sur le revenu.

Les réponses obligatoires contenues dans cet imprimé sont utilisées pour la gestion de la garantie invalidité. Tout défaut de réponse engendrera des retards dans le traitement du dossier. Les réponses contenues dans cet imprimé peuvent faire l'objet des droits d'opposition, d'accès, de communication et de rectification figurant aux articles 38-39 et 40 de la loi N°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

#### 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 : .....

L'agent 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 – ELEMENTS SERVANT AU CALCUL DU SALAIRE A LA VEILLE DE LA MISE EN INVALIDITE

Libellé de l'emploi : .....

Coefficient :  Points d'expérience :  Points de compétence :

Nature des primes ou indemnités : .....

Base de calcul : ..... Montant mensuel brut de la prime: .....

Horaire hebdomadaire de travail :  h

Valeur du point : ..... Salaire mensuel brut : .....

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

OUI  NON

Si OUI, préciser :

- Le montant : .....
- La période de référence pour prise de congé : .....

#### 6 – ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

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 – ELEMENTS SERVANT AU CALCUL DU SALAIRE A COMPTER DE LA MISE EN INVALIDITE

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'au

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 : ..... E-mail : .....

Fait à : .....

Le : .....

Signature

Cachet de l'Organisme

## 9 – PIECES JUSTIFICATIVES A 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 2009, les bulletins de salaire à fournir sont relatifs à la période de juillet 2008 à juin 2009.

Les réponses obligatoires contenues dans cet imprimé sont utilisées pour la gestion de la garantie invalidité. Tout défaut de réponse engendrera des retards dans le traitement du dossier. Les réponses contenues dans cet imprimé peuvent faire l'objet des droits d'opposition, d'accès, de communication et de rectification figurant aux articles 38-39 et 40 de la loi N°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.