Solimut Mutuelle de France

Cadre réservé à la CCAS

N° dossier :

Allocations constituées :

- Invalidité : %

IdCP prévoyance complémentaire

CCAS Caisse Centrale d'Activités Sociales du Personnel des Industries Electrique et Gazière www.ccas.fr

DÉCLARATION D'INVALIDITÉ
CONTRAT IDCP N° 93006.IDCP.01

CCAS - DIRECTION PRÉVOYANCE ASSURANCES - 8 rue de Rosny - BP 629 - 93104 MONTREUIL CEDEX - Tel : 01 48 18 60 00

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ(E)

Nom et Prénom .....

Date de Naissance |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Adresse .....

Code postal |__|__|__|__|__| Ville .....

Enfant handicapé à charge au moment de l'invalidité : ☐ Oui ☐ Non

N°identifiant agent : |__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

CAS de (précisez en toutes lettres) ..... SLVie N° |__|__|

DÉCLARATION D'INVALIDITÉ

Agent : ☐ statutaire ☐ Non statutaire

Date de l'invalidité |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Type d'invalidité : ☐ Invalidité absolue et définitive ☐ Invalidité statutaire ou conventionnelle

☐ Invalidité des suites d'un accident du travail ☐ Invalidité permanente Handicapé

PIÈCES À FOURNIR

- Ce formulaire en deux exemplaires dûment remplis, datés et signés,
- Tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille au jour de l'événement ouvrant droit au versement de la prestation :
- **Invalidité statutaire ou conventionnelle ou Invalidité des suites d'un accident du travail**

Agent statutaire :
- le présent formulaire,
- la décision de mise en situation statutaire d'invalidité et notification chiffrée de la mise en situation statutaire d'invalidité,
- la copie de la notification d'attribution de pension d'invalidité délivrée par la CNIEG,
- tout document attestant de la période minimale de 2 ans d'arrêt de travail total et continu,
- le dernier bulletin de salaire et le premier bulletin de pension d'invalidité.

Agent non statutaire (conventionné ou médecin) :
- le présent formulaire,
- la copie de la notification de classement en invalidité par la Sécurité sociale et du dernier bordereau de versement de la pension d'invalidité,
- tout document attestant que l'agent a bénéficié du maintien de ressources depuis 2 ans au moins,
- tout document attestant de la période minimale de 2 ans d'arrêt de travail total et continu,
- le courrier de la CCAS attestant du maintien des ressources pendant ce délai de 2 ans (formulaire "complément prestation vieillesse à jouissance immédiate") et le courrier attestant de l'ouverture du droit aux Indemnités de Moyens d'Existence,
- le dernier bulletin de salaire et le premier bulletin de pension d'invalidité.

- **Invalidité absolue et définitive**

Agent statutaire :
- le présent formulaire,
- le rapport du médecin traitant,
- tout document attestant de la période minimale de 2 ans d'arrêt de travail total et continu,
- l'attestation de l'unité indiquant la date de départ de la longue maladie et la date de la mise en inactivité.

Agent non statutaire :
- le présent formulaire,
- le rapport du médecin traitant,
- tout document attestant de la période minimale de 2 ans d'arrêt de travail total et continu,
- la copie de la notification de classement en invalidité catégorie 2 ou 3 par la Sécurité sociale,
- le courrier de la CCAS attestant de l'ouverture du droit aux Indemnités de Moyens d'Existence.

- **Invalidité permanente Handicapé, si poursuite d'une activité au sein des IEG**

Agent statutaire et non statutaire :
- la photocopie de la carte d'invalidité permanente faisant état d'un taux égal ou supérieur à 80 %,
- la photocopie de la notification de l'allocation supplémentaire ou de l'attestation de l'unité d'exploitation certifiant de la reprise d'un emploi dans des conditions adaptées au handicap,
- le dernier bulletin de salaire du mois au cours duquel l'agent a rempli les conditions requises.

En application de la loi du 6 janvier 1978 et du règlement européen 2016/649 du 27 avril 2016, en justifiant de votre identité, vous pouvez obtenir communication et rectification de toutes informations vous concernant qui figureraient sur tous les fichiers à usage de la mutuelle, de ses mandataires et réassureurs, et des organismes participant à la gestion du contrat. Ces informations peuvent également être utilisées à des fins commerciales, à l'exclusion de vos données de santé, au bénéfice d'autres sociétés du groupe et à leurs partenaires.

Si vous ne le souhaitez pas, vous pouvez vous y opposer. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, d'effacement, de portabilité, de communication et de rectification en adressant votre demande au Service Relations Adhérents – SOLIMUT Mutuelle de France - CS 31401- 13785 Aubagne Cedex ou par mail à dra@solimut.fr

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus.

Fait à ..... le .....

Signature de l'agent :
(ou de son représentant légal ;
préciser son nom, prénom et qualité) :
précédée de la mention "lu et approuvé"

Solimut Mutuelle de France - Siège administratif CS 31 401 - 13785 Aubagne. Siège social 47 rue Maurice Flandin 69003 Lyon. Entité soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 61 Rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09). SIREN 383 143 617. Mutuelle adhérente à Solimut Mutuelles de France, Union Mutualiste de Groupe, régie par le code de la mutualité. SIREN 539 793 885.