

**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"