DÉCLARATION DE MISE EN INVALIDITÉ
CCN du 15 mars 1966 - Enfance Inadaptée

Identification de l'établissement (dont relève le salarié)

Raison sociale : _____ N° Siret : _____

Personne à contacter : _____ N° de Contrat : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

E-mail : _____ @ _____

Identification de l'assuré(e)

N° Sécurité sociale : _____

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Nom de jeune fille : _____ Né(e) le _____ à _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____ @ _____

Employé(e) depuis le _____ Si rupture du contrat de travail, date de rupture _____

- ❏ cadre
- ❏ non cadre
- ❏ temps complet
- ❏ temps partiel à _____%
- ❏ travailleur de jour
- ❏ travailleur de nuit
- ❏ arythmie
- ❏ secteur adulte
- ❏ secteur enfant
- ❏ non applicable
- ❏ bénéficie de congés trimestriels
- ❏ ne bénéficie pas de congés trimestriels
- ❏ cadre de direction (directeur, directeur adjoint, ...)
- ❏ cadre hiérarchique (chef de service, chef d'atelier, ...)
- ❏ cadre fonctionnel (médecin, psychologue, ...)
- ❏ personnel éducatif
- ❏ personnel de soins
- ❏ personnel administratif
- ❏ personnel des services généraux
- ❏ personnel de production (entreprise adaptée)

Merci de cocher les cases correspondantes.

Renseignement relatif à l'invalidité

Date de l'arrêt de travail ayant entrainé l'invalidité : _____

Date de mise en invalidité : _____

❏ Invalidité

❏ 1ère catégorie ❏ 2ème catégorie ❏ 3ème catégorie

ou

❏ Incapacité professionnelle

❏ comprise entre 33 et 66% ❏ supérieure ou égale à 66%

Le salarié exerce-t-il une activité à temps partiel après sa mise en invalidité ? ❏ oui ❏ non

Si oui, vous devez, impérativement, fournir les bulletins de salaire (ou attestations de salaire) correspondant à l'activité à temps partiel.

Dans la négative, vous devez impérativement joindre les décomptes Pôle Emploi ou une attestation sur l'honneur du salarié attestant qu'il ne perçoit aucune autre rémunération.

NB : L'incapacité professionnelle avec un taux inférieur à 33% n'ouvre pas droit à prestation.

Les informations recueillies ont un caractère obligatoire et sont nécessaires au traitement de votre dossier. Conformément à la loi 78/17, vous disposez, auprès du Service Satisfaction client (303 rue Gabriel Debacq 45777 Saran Cedex), d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ces données.

Salaire à retenir pour le calcul de la prestation

Eléments de salaire permettant le calcul du salaire de référence (Nets à payer soumis à cotisation des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail)

SALAIRES BRUTS SOUMIS À COTISATIONS (1)		SALAIRES RECONSTITUÉS (2) ET MOTIF DE L'ABSENCE		
MOIS	SALAIRE BRUT	MOIS	BRUT RECONSTITUÉ	MOTIF
TOTAL				

Total des charges salariales : _____ % y compris CSG et CRDS non déductibles.

(1) Joindre impérativement la copie des bulletins de salaire des 3 mois qui précèdent l'arrêt de travail. Les primes à périodicité plus longue que l'année sont exclues des salaires nets à payer.

(2) Si l'assuré a été partiellement absent durant les 12 mois précédant l'arrêt de travail (pour maladie ou autres), indiquer les salaires bruts qu'il aurait perçus s'il avait travaillé à temps complet.

Certifié sincère et véritable

Fait à _____ le |__|__|__|__|__|__|__|__|

Signature :

Cachet de l'employeur

IMP1436-01HUMANISO9-13 (PRADH-188)

Documents à retourner à : Humanis Prévoyance
Services Prestations Prévoyance CCN 66 - 8, bd Vauban - 59024 Lille Cedex - Tél. : 03.20.63.45.85