

Documents obligatoires pour demander une prestation d'invalidité

- La notification de montant de la pension d'invalidité (ou de la rente d'incapacité partielle permanente) de la Sécurité sociale
 - La 1^{re} attestation de paiement de pension de la Sécurité sociale
 - L'attestation sur l'honneur remplie par l'assuré(e)
 - L'attestation de ressources remplie par l'entreprise de l'assuré(e)
 - Le relevé d'identité bancaire de l'assuré(e) pour permettre le versement de la rente
 - La copie (recto/verso) de la pièce d'identité de l'assuré(e) en cours de validité
- Documents acceptés : carte nationale identité, passeport, etc.**
Documents refusés : permis de conduire

En cas d'inscription au Pôle emploi :

- La notification d'attribution d'une allocation par Pôle emploi sur laquelle figure le montant net de l'allocation et la date de prise en charge
- Le dernier justificatif de paiement de Pôle emploi

Documents facultatifs

- L'avis fiscal précédant la mise en invalidité
- Ce document permet de vérifier si l'assuré(e) peut prétendre à une exonération partielle ou totale des retenues CSG et CRDS et CASA sur sa rente

IMPORTANT A lire

SEULS LES DOSSIERS COMPLETS POURRONT ETRE ETUDIES ET TRAITES IMMEDIATEMENT.
Merci de transmettre obligatoirement la totalité des documents obligatoires.

A réception, APICIL étudie le dossier et peut revenir vers l'assuré(e) pour obtenir des justificatifs complémentaires.

POUR TOUT RENSEIGNEMENT CONCERNANT CE DOSSIER,
RENDEZ-VOUS DANS **VOTRE ESPACE CLIENT SUR**
www.apicil.com
OU CONTACTER NOS SERVICES AU
04 72 27 78 78

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Nom Prénom : Date de naissance :

Adresse :

.....

Déclare être :

bénéficiaire d'une pension d'invalidité pour maladie :

Catégorie 1

Catégorie 2

Catégorie 3

ou

bénéficiaire d'une rente d'incapacité permanente partielle (IPP) pour accident du travail ou maladie professionnelle au taux de _____ %

et atteste que depuis mon passage en invalidité / incapacité permanente professionnelle :

Tout document incomplet sera retourné et non traité

INFORMATIONS RELATIVES AUX PRESTATIONS SECURITE SOCIALE :

(Merci de cocher les cases correspondantes à votre situation)

La Sécurité sociale n'a pas modifié la catégorie ou le taux de ma rente

La Sécurité sociale a modifié la catégorie ou le taux de ma rente (**joindre la copie de la notification de révision**)

La Sécurité sociale n'a pas suspendu ou supprimé ma rente

La Sécurité sociale a suspendu ou supprimé ma rente (**joindre la copie du courrier de la Sécurité sociale**)

INFORMATIONS RELATIVES A UNE ACTIVITE PROFESSIONNELLE

(Merci de cocher les cases correspondantes à votre situation)

Je n'exerce pas d'activité professionnelle même partielle

J'exerce une activité professionnelle (**remplir l'attestation de ressources ci-jointe**)

SUITE AU VERSO

INFORMATIONS RELATIVES AUX AUTRES RESSOURCES

(Merci de cocher les cases correspondantes à votre situation)

- Je ne perçois pas une allocation du pôle emploi
- Je perçois une allocation du pôle emploi (**joindre la notification de l'allocation d'aide au retour à l'emploi et le dernier avis de paiement**)

- Je ne perçois pas d'autres ressources
- Je perçois d'autres ressources comme une rente IPRIAC, RETREP, etc... (**joindre les justificatifs correspondants**)

- Je ne perçois pas de pension retraite
- Je perçois une pension retraite depuis le / /
- Je vais prochainement percevoir une pension de retraite – date prévisionnelle : / /

J'ATTESTE L'EXACTITUDE DES INFORMATIONS CI-DESSUS ET IL EST IMPERATIF DE DECLARER TOUT CHANGEMENT DE SITUATION A APICIL.

Fait le : ____ / ____ / _____

Signature :

Les données personnelles collectées font l'objet d'un traitement par le Groupe APICIL aux fins de l'étude du dossier de demande d'intervention sociale. Ces informations sont obligatoires et ne sont destinées qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la (ou les) finalité(s) déclarée(s).

Les données personnelles recueillies ne sont pas conservées au-delà des durées applicables de prescription et de conservation des documents comptables.

Toute personne concernée peut demander l'accès, la rectification, l'effacement, une limitation ou opposition au traitement, la portabilité de ses données, ou introduire une réclamation ou des directives post mortem en écrivant à : GROUPE APICIL - Délégué à la protection des données (DPO), Service Relation Client - 38, rue François Peissel, 69300 CALUIRE ET CUIRE.

Plus de détails sur : <https://www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles>.

ATTESTATION DE RESSOURCES

DECLARATION DE L'EMPLOYEUR :

Raison Sociale : _____

N° Siret : _____

Je soussigné,

Nom Prénom _____ en qualité de _____

Mail : _____ Tél : _____

Certifie que,

Nom _____ Prénom _____

N° Sécurité Sociale : _____

Depuis son passage en invalidité :

A remplir si votre salarié(e) **continue** à exercer une activité partielle au sein de votre établissement :

Perçoit un salaire dans notre société de :

Salaire mensuel brut perçu	Nombre de mois de rémunération annuelle dans l'entreprise (12 mois, 13 mois, 14 mois)	Taux de charges salariales appliqué obligatoire
_____ €	_____ mois	_____ %

OU

A remplir si votre salarié(e) **n'exerce plus** d'activité partielle au sein de votre établissement :

A perçu un salaire mensuel brut de _____ € jusqu'au ___ / ___ / _____
Joindre les bulletins de salaire correspondants aux mois de rémunération

Ne perçoit plus de salaire de notre société depuis le ___ / ___ / _____

Ne fait plus partie des effectifs depuis le ___ / ___ / _____

En cours de licenciement

Fait à _____

Le ___ / ___ / _____

SIGNATURE ET CACHET
DE L'ENTREPRISE