

DECLARATION DE MISE EN INVALIDITÉ

SALARIÉ EN SITUATION DE PORTABILITÉ DES DROITS

A remplir suite à l'attribution par la Sécurité Sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente incapacité

ATTENTION : Le présent formulaire est réservé aux assurés Chorum en situation de portabilité. La prise en charge du dossier est réalisée après vérification des droits à portabilité dont bénéficie l'assuré(e).

1 IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : | J | J | M | M | A | A |

N° SS : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tél. :

Email :

2 RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'INVALIDITÉ

Date de mise en invalidité / incapacité : | J | J | M | M | A | A |

En cas d'invalidité préciser,

1^{ère} catégorie

2^{ème} catégorie

3^{ème} catégorie

En cas d'incapacité professionnelle préciser,

Taux compris entre 33 et 66 %

Taux supérieur ou égal à 66 %

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

Cette mise en invalidité / incapacité fait-elle suite à un arrêt de travail ? Oui Non

Si **OUI**, date d'arrêt : | J | J | M | M | A | A |

3 EMPLOI OUVRANT DROIT AU(X) GARANTIE(S)

Employeur :

Date d'embauche dans la structure : | | | | | | | |

Date de rupture du contrat de travail : | | | | | | | |

4 DOCUMENTS À JOINDRE À LA PRÉSENTE DÉCLARATION

- Douze bulletins de salaire** précédant la rupture du contrat de travail
- Notification d'attribution** d'une pension d'invalidité de la Sécurité Sociale précisant le montant définitif de la rente
- Attestation de ressources** relative au 1^{er} mois d'invalidité dûment remplie, accompagnée des pièces justificatives le cas échéant
- Relevé d'Identité Bancaire (**RIB**)
- Dernier **avis d'imposition** de l'assuré
- Copie du certificat de travail précisant le **motif de la rupture du contrat de travail**
- Attestation de prise en charge par le pôle emploi** précisant la date de début et de fin des droits
- Si applicable, **attestation récapitulative de la Sécurité Sociale** précisant les périodes indemnisées à compter du début d'arrêt de travail mentionné en **(2)**

5 Toute fausse déclaration ou réticence intentionnelle est susceptible d'entraîner une demande de remboursement des prestations versées (Art. L221-14 du Code de la Mutualité), sans préjudice d'éventuelles poursuites.

Fait à le

Signature :

NB : Les équipes Chorum se réservent la possibilité de prendre contact avec votre ancien employeur afin de valider les conditions d'application de la présente demande.