

Demande de Prestations

Décès, rente, invalidité permanente totale

Pour toute question concernant la constitution de ce dossier, appelez-nous au :
0972 672 222 (appel non surtaxé)

Document à retourner : AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1

S'agit-il d'une demande de :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> capital consécutive au décès du participant ? | <input type="checkbox"/> rente d'éducation ? |
| <input type="checkbox"/> capital consécutive à la survenance d'un état d'invalidité permanente totale du participant ? | <input type="checkbox"/> rente de conjoint ? |
| <input type="checkbox"/> pré-décès du conjoint ? | <input type="checkbox"/> capital consécutive au décès du conjoint survenant après celui du participant (garantie double effet) ? |
| <input type="checkbox"/> frais d'obsèques ? | <input type="checkbox"/> rente handicap ? |

Entreprise

Nom et adresse de l'employeur : _____ Téléphone : _____
E-mail : _____
N° de SIRET : _____ Adresse de correspondance (si différente de l'adresse de l'employeur) : _____
N° de contrat prévoyance : _____ Téléphone : _____
Personne à contacter : _____

Situation du salarié

Le salarié concerné par cette demande avait-il plusieurs employeurs ? OUI NON

Salarié concerné par la déclaration

Nom d'usage : _____	Date d'arrêt de travail : _____
Nom de naissance : _____	_____
Prénom(s) : _____	Date éventuelle de rupture du contrat de travail : _____
Date de naissance : _____	_____
N° d'immatriculation sociale : _____	Date du décès : _____
_____	_____
Date d'entrée dans l'entreprise : _____	Situation familiale au jour du décès :
N° de catégorie au contrat à laquelle appartient l'assuré : _____	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
_____	<input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Concubinage
Date d'affiliation au régime décès : _____	Nombre d'enfant(s) à charge : _____
Le décès a-t-il été précédé d'une période d'arrêt de travail indemnisée par AG2R Prévoyance ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (voir liste des pièces à fournir)	

Si la personne décédée n'est pas le salarié

Nom d'usage de la personne décédée (si différent) : _____	Date de naissance : _____
Nom de naissance : _____	Lien de parenté avec le salarié : _____
Prénom(s) : _____	Date du décès : _____

Déclaration de salaires

Veillez remplir, ci-dessous, la grille des salaires des mois précédant :

- le décès,
- l'arrêt de travail (si une période de maladie a précédé le décès ou l'état d'invalidité permanente totale).

Important

La rubrique « salaires » ne doit pas être complétée dans le cas où le contrat d'adhésion prévoit un capital forfaitaire d'un montant fixe ou en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale)

	Salaire du mois ⁽¹⁾		Périodes d'absence pour maladie non rémunérées	Salaire total qu'aurait perçu l'intéressé pour le mois en cours s'il n'avait pas été arrêté pour maladie	
	Brut	Net imposable		Brut	Net imposable
Salaire du mois N - 1 (mois précédant le décès ou l'arrêt de travail)	_____ €	_____ €		_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 2	_____ €	_____ €		_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 3	_____ €	_____ €		_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 4	_____ €	_____ €		_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 5	_____ €	_____ €		_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 6	_____ €	_____ €		_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 7	_____ €	_____ €		_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 8	_____ €	_____ €		_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 9	_____ €	_____ €		_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 10	_____ €	_____ €		_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 11	_____ €	_____ €		_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 12	_____ €	_____ €		_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 13	_____ €	_____ €		_____ €	_____ €
Salaire du mois N - 14	_____ €	_____ €		_____ €	_____ €
Total	_____ €	_____ €		_____ €	_____ €

(1) Le salaire total s'entend de toute rémunération ayant donné lieu à cotisation au risque décès.

Fait à : _____ Date : _____ Cachet et signature de l'entreprise

Personne(s) référente(s) pour la constitution du dossier de demande de versement de la prestation⁽²⁾ – (à compléter obligatoirement ou recopier sur papier libre)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et reconnais avoir été informé(e) que la présente déclaration engage ma responsabilité en cas de faux ou usage de faux selon l'article 1441-7 (1) du Code pénal et en cas d'escroquerie ou tentative selon les articles 313-1(2) et 313-3 (3) du Code pénal.

(2) Pour le capital décès, le versement sera effectué conformément à la désignation de bénéficiaire(s) de l'assuré ou à défaut selon la dévolution contractuelle.

Je m'engage par ailleurs à informer l'institution assurant le service des prestations de tout changement ultérieur dans les données de la présente déclaration.

Fait à : _____ Date : _____ Nom : _____ Prénom(s) : _____ Signature

En cas de besoin

Important

Si l'ensemble des bénéficiaires souhaitent nommer un interlocuteur unique pour la constitution administrative du dossier et/ou le paiement du capital décès, merci de vous rapprocher du centre de gestion en charge du dossier.

Pour nous permettre de prendre contact avec vous, merci de renseigner les éléments suivants :

Nom et prénom : _____

Lien de parenté avec le défunt : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Pièces à fournir

Cette liste n'est pas exhaustive et l'organisme assureur se réserve le droit de demander toutes autres pièces nécessaires à l'étude du dossier.

Documents à fournir selon la situation familiale et les garanties du contrat	Capital décès	Rente conjoint	Rente éducation, orphelin et/ou handicap	Pré-décès	Frais obsèques	invalidité permanente totale
<input type="checkbox"/> Demande de prestations complétée par l'employeur et la ou les personnes référentes pour la constitution du dossier	●	●	●	●	●	●
<input type="checkbox"/> Acte de décès original avec filiation	●	●	●	●		
<input type="checkbox"/> Acte de naissance original, à jour des mentions marginales au jour du décès, du défunt et des bénéficiaires (datant de moins de 3 mois)	●	●	●	● (uniquement du défunt)	● (uniquement du défunt)	●
<input type="checkbox"/> Copie intégrale du ou des livrets de famille de l'assuré à jour de toutes les mentions marginales (sauf si célibataire sans enfant)	●	●	●	●	●	●
<input type="checkbox"/> Copie de la pièce d'identité de chaque bénéficiaire	●	●	●	●	● (uniquement pièce d'identité de la personne ayant réglé les frais d'obsèques)	●
<input type="checkbox"/> Acte de notoriété originale ou copie authentique, à défaut Attestation de dévolution successorale originale	●	●	●			●
<input type="checkbox"/> Copie du certificat médical post-mortem précisant la cause du décès (naturelle ou accidentelle)	●	●	●			
<input type="checkbox"/> Copie intégrale du dernier avis d'imposition	●	●	●			●
<input type="checkbox"/> Copie des bulletins de salaire des 14 mois précédant le décès ou l'arrêt de travail en cas d'arrêt maladie avant le décès ou l'invalidité Permanente Totale	●	●	●		● (uniquement du mois du décès)	●
<input type="checkbox"/> Si le décès, ou l'invalidité Permanente Totale, est précédé d'un arrêt de travail non indemnisé par AG2R Prévoyance : attestation de la Sécurité sociale précisant les périodes indemnisées de la date d'arrêt jusqu'à la date du décès et, s'il y a lieu, d'une pension d'invalidité depuis la date de reconnaissance de l'invalidité	●	●	●			●
<input type="checkbox"/> Copie de l'ordonnance du juge des tutelles désignant l'administrateur légal des biens du ou des enfants mineurs (ou des majeurs incapables) et précisant les modalités de paiement des prestations	● (si enfant(s) mineur(s) ou majeur(s) incapable(s) bénéficiaire(s) du capital)		●			
<input type="checkbox"/> Relevé d'identité bancaire au nom de chaque bénéficiaire Cas particuliers : - Relevé d'identité bancaire portant la mention "sous administration légale de..." pour chaque enfant mineur bénéficiaire du capital décès - Relevé d'identité bancaire du représentant légal de l'enfant mineur pour le versement de la rente éducation	●	●	●	●	●	●
Pour le salarié marié, engagé dans un PACS ou vivant en concubinage						
<input type="checkbox"/> Attestation sur l'honneur (originale) de non séparation de fait au jour du décès	●	●				
<input type="checkbox"/> Justificatif de domicile commun au moment du décès (datant de moins de 3 mois)	●	●				
<input type="checkbox"/> Certificat de vie commune (ou de concubinage) original délivré par la mairie, à défaut déclaration sur l'honneur originale de concubinage	●	●				
Pour chaque enfant à charge (en fonction de la définition prévue au contrat)						
<input type="checkbox"/> Copie de l'attestation jointe à la carte vitale du défunt et de chaque bénéficiaire	● *		●			
<input type="checkbox"/> Pour les enfants de plus de 16 ans, un des justificatifs suivants : • certificat de scolarité original • attestation originale de l'organisme de formation professionnelle en alternance • copie du contrat d'apprentissage ou de qualification si études par alternance • attestation originale d'inscription récente à Pôle emploi (précisant être à la recherche d'un premier emploi et percevoir ou non des allocations)	● *		●			
<input type="checkbox"/> En présence d'enfant invalide : copie du titre de pension d'invalidité ou attestation de la CDAPH (ou autre organisme habilité)	● *		●			

Documents à fournir selon la situation familiale et les garanties du contrat	Capital décès	Rente conjoint	Rente éducation, orphelin et/ou handicap	Pré-décès	Frais obsèques	invalidité permanente totale
En cas de décès accidentel						
<input type="checkbox"/> En cas de majoration accident : une copie du procès verbal de Police ou de Gendarmerie	●					
<input type="checkbox"/> En l'absence de majoration accident : Indiquer les circonstances de l'accident (article de presse relatant les faits et l'identité du défunt ou courrier)	●					
<input type="checkbox"/> Si majoration accident prévue au contrat en cas de décès reconnu en accident du travail ou maladie professionnelle par le régime de base : décision du régime de base	●					●
Pour les frais d'obsèques						
<input type="checkbox"/> Copie de la facture acquittée des frais d'obsèques mentionnant le nom et le prénom de la personne ayant réglé les frais					●	
En cas d'Invalidité Permanente Totale						
<input type="checkbox"/> Certificat original du médecin traitant						●
<input type="checkbox"/> Copie de la notification de la pension d'invalidité 2e ou 3e catégorie du régime de base (selon garanties du contrat) ou justificatif de la majoration de la pension accordée pour assistance d'une tierce personne en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle						●

* Justificatifs à fournir en cas de majoration pour enfant à charge prévue au contrat pour la garantie Capital Décès et en fonction de la définition prévue au contrat.

(1) ARTICLE 441-7

Indépendamment des cas prévus au présent chapitre, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende le fait :

- 1. d'établir une attestation ou un certificat faisant état des faits matériellement inexacts ;
- 2. de falsifier une attestation ou un certificat originairement sincère ;
- 3. de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié.

Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 € d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui.

(2) Article 313-1

L'escroquerie est le fait, soit par l'usage d'un faux nom ou d'une fausse qualité, soit par l'abus d'une qualité vraie, soit par l'emploi des manœuvres frauduleuses, de tromper une personne physique ou morale et de la déterminer ainsi, à son préjudice ou au préjudice d'un tiers, à remettre des fonds, des valeurs ou un bien quelconque, à fournir un service ou à consentir à un acte d'obligation ou décharge. L'escroquerie est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 375 000 € d'amende.

(3) Article 313-3

La tentative des infractions prévues par la présente section est punie des mêmes peines. Les dispositions de l'article 311-12 sont applicables au délit d'escroquerie.

Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par votre organisme d'assurance, membre du Groupe AG2R LA MONDIALE, dans le cadre de la gestion des garanties dont vous bénéficiez et de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, dont la lutte anti-blanchiment, ou l'analyse de vos données, dans le cadre des obligations de conseil nous incombant.

Dans le cadre de ces traitements, vos données sont transmises aux services en relation avec vous et vos ayants droit, aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE, le cas échéant à ses sous-traitants et à ses partenaires qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

Les informations collectées sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat, nous ne serions pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées.

Vous pouvez demander l'accès aux données vous concernant et leur rectification. Vous disposez, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de leur traitement. Vous avez également la faculté de définir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous disposez, en outre, du droit de vous opposer au traitement de vos données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment à leur utilisation à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, 154 rue Anatole France, 92599 Levallois-Perret ou par courriel à nformatique.libertes@ag2rlamondiale.fr

Nous apportons la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins s'ils considèrent que le traitement des données les concernant constitue une atteinte à leurs droits, les bénéficiaires disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://conso.bloctel.fr/>

Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données personnelles : <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>.