

Demande de prestations Invalidité

Retour du document : AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1

Pour toute question concernant la constitution de ce dossier, contactez-nous si vous êtes : - une entreprise : 0 972 672 222 (appel non surtaxé) ;

- un assuré : 0 969 322 000 (appel non surtaxé).

Partie à compléter par l'entreprise

Nom et adresse de l'employeur : _____

N° de SIRET : _____

N° de contrat Prévoyance : _____ P

Code établissement : _____

Personne à contacter : _____

E-mail : _____

Téléphone : _____

Salarié concerné par la déclaration

Numéro d'adhésion : _____

Monsieur Madame

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

Département de naissance : _____

Commune de naissance : _____

Pays de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

E-mail : _____

Téléphone : _____

Catégorie d'emploi

Non Cadre* Cadre*

* Précisez la catégorie : Apprenti Ouvrier Employé

Agent de maîtrise non article 36 Agent de maîtrise article 36

VRP VRP Cotisant à l'IR-VRP

Date d'entrée dans l'entreprise : _____

En cas de rupture du contrat de travail :

- Date de sortie : _____

- Motif : _____

- Licenciement en cours : OUI NON

Arrêt de travail

Date de l'arrêt de travail ayant généré l'invalidité* : _____

* Date d'arrêt de travail (DAT) : l'arrêt de travail ayant engendré la mise en invalidité est le dernier arrêt connu pour lequel la Sécurité sociale a appliqué une carence de 3 jours et dont les indemnités journalières ont été réglées jusqu'à la veille de l'invalidité. Cet arrêt peut dans certains cas être un accident de travail débutant par 28 jours d'indemnités journalières non majorées puis par des indemnités journalières majorées réglées jusqu'à la veille de l'invalidité.

Date de la mise en invalidité par le régime de base : _____

Motif de l'arrêt de travail

Maladie

Accident

Recours contre tiers

Si l'arrêt de travail est consécutif à un accident :

- A-t-il été causé par un tiers ? OUI NON

- Si OUI, indiquez le nom et adresse du tiers et de sa compagnie d'assurance et le numéro de dossier auprès de celle-ci (si connu) :

