AG2R LA MONDIALE

PRÉVOYANCE
—
Invalidité

DEMANDE DE PRESTATIONS

DOCUMENT À RETOURNER :

Pour toute question concernant la constitution de ce dossier, appelez-nous au :
0 972 672 222 (appel non surtaxé)

ENTREPRISE

Nom et adresse de l'employeur : _____

N° de SIRET : _____ _____

N° de contrat Prévoyance : _____ P

Personne à contacter : _____

Tél. : _____ E-mail : _____

Adresse de correspondance (si différente de l'adresse de l'employeur) : _____

SALARIÉ CONCERNÉ PAR LA DÉCLARATION

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____ _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Email : _____

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 de contrat :- Date de sortie : _____

- Motif : _____

Le salarié a-t-il plusieurs employeurs : ☐ Oui ☐ Non

ARRÊT DE TRAVAIL

Date du premier jour de l'arrêt de travail ayant généré l'invalidité : _____

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

Motif de l'arrêt de travail :

☐ Maladie ☐ Accident

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 de celle-ci (si connu) : _____

ÉLÉMENTS DE CALCULS

Veuillez remplir la grille des salaires figurant ci-dessous :

MOIS		SALAIRE BRUT	SALAIRE NET	SALAIRE BRUT RECONSTITUÉ	SALAIRE NET RECONSTITUÉ
Salaire du mois N - 1 mois précédent l'arrêt	M M A A A A	€	€	€	€
Salaire du mois N - 2	M M A A A A	€	€	€	€
Salaire du mois N - 3	M M A A A A	€	€	€	€
Salaire du mois N - 4	M M A A A A	€	€	€	€
Salaire du mois N - 5	M M A A A A	€	€	€	€
Salaire du mois N - 6	M M A A A A	€	€	€	€
Salaire du mois N - 7	M M A A A A	€	€	€	€
Salaire du mois N - 8	M M A A A A	€	€	€	€
Salaire du mois N - 9	M M A A A A	€	€	€	€
Salaire du mois N - 10	M M A A A A	€	€	€	€
Salaire du mois N - 11	M M A A A A	€	€	€	€
Salaire du mois N - 12	M M A A A A	€	€	€	€
Salaire du mois N - 13	M M A A A A	€	€	€	€
Salaire du mois N - 14	M M A A A A	€	€	€	€
TOTAL		0 €	0 €	0 €	0 €

SALAIRE DE RÉFÉRENCE - La définition du salaire de référence est celle mentionnée dans les documents contractuels.

Veuillez préciser les taux de charges salariales hors CSG-RDS :

Sur la tranche A : ___ , ___ % - Sur la tranche B : ___ , ___ % - Sur salaire total : ___ , ___ %

JUSTIFICATIFS À PRODUIRE

Dans tous les cas

- Demande de prestations complétée et signée.
- Copie recto/verso de la carte d'identité du salarié.
- Copie de votre bulletin de salaire du mois de votre invalidité.
- Copie du bulletin de salaire du mois d'arrêt de travail à l'origine de votre mise en invalidité.
- Copie des bulletins de salaire des mois de à ou à défaut les 14 mois précédant l'arrêt de travail à l'origine de votre mise en invalidité.
- Notification d'attribution définitive du montant de pension d'invalidité délivrée par le régime de base ou par la MSA ou la notification de la rente d'incapacité physique permanente indiquant la catégorie et le montant versé.
- Attestation de paiement des indemnités journalières versées par le régime de base depuis le début de l'arrêt jusqu'à la veille de l'invalidité.
- Relevé d'identité bancaire (RIB) du salarié.
- Copie du dernier avis d'imposition du salarié sur les revenus
- Si vous avez des enfants à charge, l'attestation de la carte vitale et un certificat de scolarité / certificat d'apprentissage pour chaque enfant.

En cas de rupture du contrat de travail

- Photocopie du certificat de travail du salarié pour chaque employeur.

Dans les mois précédant votre arrêt de travail, aviez-vous d'autres employeurs ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, joindre la copie des bulletins de salaire des 14 mois précédant la date d'arrêt de travail ayant généré votre invalidité

Depuis votre mise en invalidité, êtes-vous inscrit au Pôle emploi ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, percevez-vous des allocations chômage ? ☐ OUI ☐ NON

Si réponse positive, joindre une attestation d'attribution chiffrée de cette prestation et les bordereaux de paiement.

Si réponse négative, mais inscrit au Pôle emploi, joindre une copie du refus de cet organisme.

Depuis votre mise en invalidité, avez-vous une activité professionnelle (même partielle) au sein d'une entreprise ?

☐ OUI ☐ NON

Si OUI, depuis quelle date : ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

À partir de cette date, votre employeur doit indiquer le montant des salaires dans chaque colonne du tableau ci-dessous :

PÉRIODE	Salaire réellement perçu pour une activité à temps partiel*		Salaires reconstitués perçus par l'assuré s'il avait normalement poursuivi son activité salariée**	
	BRUT	NET	BRUT	NET
M M A A A A	€	€	€	€
M M A A A A	€	€	€	€
M M A A A A	€	€	€	€
M M A A A A	€	€	€	€
M M A A A A	€	€	€	€
M M A A A A	€	€	€	€
M M A A A A	€	€	€	€
M M A A A A	€	€	€	€
M M A A A A	€	€	€	€
M M A A A A	€	€	€	€
M M A A A A	€	€	€	€
M M A A A A	€	€	€	€
TOTAL	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €

* **Salaire temps partiel :**

En cas d'arrêt de travail (maladie, accident du travail, maternité...) :

- si vous maintenez le salaire à votre salarié, merci de nous indiquer le salaire rétabli brut et net
- sinon merci de joindre la copie des bulletins de salaire et la copie des bordereaux d'indemnités journalières de la Sécurité sociale ou la MSA relatifs à la période d'arrêt de travail.

** **Salaire rétabli sur le temps d'activité avant l'invalidité :**

En cas d'arrêt de travail (maladie, accident du travail, maternité...), merci de nous indiquer le salaire rétabli brut et net du salarié.

Par ailleurs, nous vous remercions de nous indiquer, ci-dessous, les taux de charges actuels précomptés sur le bulletin de salaire hors CSG-RDS :

Sur la tranche A : ___ , ___ % - Sur la tranche B : ___ , ___ % - Sur salaire total : ___ , ___ %

Suite à l'examen du dossier, des pièces complémentaires pourront être demandées.

L'employeur soussigné, certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.

Fait à _____ le __ __ ____

Cachet et signature **obligatoires** de l'employeur

Après réception de votre dossier complet, l'étude et le contrôle de ce dernier, le montant de la prestation à servir et sa date d'effet vous seront notifiés par écrit dans un délai maximum de 6 semaines.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur cette demande et je m'engage à faire connaître tous les changements pouvant modifier ma situation (reprise ou cessation d'activité, montant des ressources, changement d'adresse...).

Fait à _____ le __ __ ____

Signature de l'assuré

Les données personnelles collectées au titre de la gestion de votre contrat peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude afin de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes, ou omissions à risque, et pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre demande par AG2R RÉUNICA Prévoyance. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, les personnes concernées par ce traitement bénéficient d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui les concernent, sur simple courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des risques - Conformité, 104-110 Bd Haussmann 75379 PARIS CEDEX 08.

072016-53526