



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) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



