



AG2R LA MONDIALE

PRÉVOYANCE

# DEMANDE DE PRESTATIONS

Décès, rente, invalidité absolue et définitive

Convention collective nationale des Entreprises  
de prévention et sécurité

Pour toute question  
concernant la constitution de  
ce dossier, appelez-nous au :

0 972 672 222  
(appel non surtaxé)

## RETOUR DU DOCUMENT

AG2R LA MONDIALE  
Centre de gestion  
Prestations Prévoyance  
TSA 31510  
35015 RENNES CEDEX 9

La demande de prestations concerne :

le **décès** du salarié

Dans ce cas, le bénéficiaire doit choisir entre le versement :

• si le salarié était affilié en catégorie NON CADRE ou AGENT DE MAÎTRISE :

d'un capital seul

d'un capital + rente éducation OCIRP

d'un capital + rente de conjoint survivant OCIRP

• si le salarié était affilié en catégorie CADRE :

d'un capital + rente éducation OCIRP

d'un capital + rente de conjoint survivant OCIRP

S'agit-il d'un décès accidentel ?  OUI  NON

Si OUI, précisez :  accident du travail  accident de trajet  maladie professionnelle

l'**invalidité absolue et définitive** ou l'incapacité permanente professionnelle du salarié.

S'agit-il d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ?  OUI  NON

le **décès** du conjoint du salarié

le **versement des frais d'obsèques**

du salarié

du conjoint du salarié (ou du partenaire lié par un PACS)

d'un enfant à charge

## SITUATION DE SALARIÉ

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

## SALARIÉ CONCERNÉ PAR LA DÉCLARATION

N° de contrat Prévoyance :

NOM :

NOM de jeune fille (pour les femmes mariées) :

Prénom(s) :

Date de naissance :

N° de Sécurité sociale :

Date d'entrée dans l'entreprise :

N° de catégorie au contrat à laquelle appartient l'assuré :

Le salarié justifie d'une ancienneté continue ou discontinue de 6 mois dans la profession au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail :  OUI  NON

Date d'affiliation au régime de prévoyance :

Date d'arrêt de travail :

Date éventuelle de rupture du contrat de travail :

Date du décès :

NOM de la personne décédée (si différent) :

NOM de jeune fille (pour les femmes mariées) :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Lien de parenté :

Date du décès :

Le décès a-t-il été précédé d'une période d'arrêt de travail indemnisée par AG2R RÉUNICA Prévoyance ?

OUI  NON (voir liste des pièces à fournir)

## DÉCLARATION DE SALAIRES

Salaires des 12 derniers mois précédant celui au cours duquel est survenu :

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 <sup>(1)</sup>		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	€	€	€	€	
<b>TOTAL</b>	€	€	€	€	

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

Fait à :	Cachet et signature de l'entreprise
Date : <input type="text"/>	

## PERSONNE(S) RÉFÉRENTE(S) POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER DE DEMANDE DE VERSEMENT DE LA PRESTATION<sup>(2)</sup> - (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.

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 :	Nom : _____
Date : <input type="text"/>	Prénom(s) : _____
	Signature _____

(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.

## EN CAS DE BESOIN

### IMPORTANT :

Si l'ensemble des bénéficiaires souhaite 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	Incapacité 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 original 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'Incapacité Permanente Totale	•	•	•	•	(uniquement du mois du décès)	•
<input type="checkbox"/> Si le décès, ou l'Incapacité Permanente Totale, est précédé d'un arrêt de travail non indemnisé par AG2R RÉUNICA 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 <b>Cas particuliers :</b> • 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 ou engagé dans un PACS

<input type="checkbox"/> Attestation sur l'honneur (originale) de non séparation judiciaire au jour du décès	•	•	•	•	•	•
--	---	---	---	---	---	---

### 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)	•*	•	•	•	•	•

### 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'Incapacité Permanente Totale

<input type="checkbox"/> Certificat original du médecin traitant	•	•	•	•	•	•
<input type="checkbox"/> Copie de la notification de la pension d'invalidité 2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> 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.

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 LA MONDIALE. 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..