



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) : _____

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 A	€	€	€	€
[M, M] A A A A A	€	€	€	€
[M, M] A A A A A	€	€	€	€
[M, M] A A A A A	€	€	€	€
[M, M] A A A A A	€	€	€	€
[M, M] A A A A A	€	€	€	€
[M, M] A A A A A	€	€	€	€
[M, M] A A A A A	€	€	€	€
[M, M] A A A A A	€	€	€	€
[M, M] A A A A A	€	€	€	€
[M, M] A 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.