



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) : _____
