AG2R LA MONDIALE
Prendre la main
sur demain

Prévoyance
Invalidité

Demande de prestations

CCN des activités industrielles de boulangerie et pâtisserie (n° 3102)

Retour du document par courrier : AG2R LA MONDIALE - TSA 37001
59071 ROUBAIX CEDEX 1
ou par mail : prestationsentreprisesstrasbourg@ag2rlamondiale.fr

Pour toute question concernant la constitution de ce dossier
Contactez nous :
- Si vous êtes une entreprise : 0 972 672 222 (appel non surtaxé).
- Si vous êtes un assuré : 0 969 322 000 (appel non surtaxé)

Entreprise

Employeur
Nom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
N° de SIRET : _____ _____
N° de contrat Prévoyance : _____ P
Personne à contacter : _____
Téléphone : _____
E-Mail : _____
Adresse de correspondance (si différente de l'adresse de l'employeur) : _____
Code postal : _____
Ville : _____

Salarié concerné par la déclaration

Nom d'usage : _____
N° d'adhésion : _____
Nom de naissance : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
N° de Sécurité sociale : _____ _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Téléphone : _____
E-Mail : _____

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 : _____

Protection des données à caractère personnel
Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par votre organisme d'assurance, membre du Groupe AG2R LA MONDIALE, dans le cadre de la gestion des garanties dont vous bénéficiez et de l'exécution des dispositions légales, règlementaires et administratives en vigueur, dont la lutte antiblanchiment, ou l'analyse de vos données, dans le cadre des obligations de conseil nous incombant.
Dans le cadre de ces traitements, vos données sont transmises aux services en relation avec vous et vos ayant-droits, aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE, le cas échéant à ses sous-traitants et à ses partenaires qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.
Les informations collectées sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat, nous ne serions pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées.
Vous pouvez demander l'accès aux données vous concernant et leur rectification. Vous disposez, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de leur traitement.
Vous avez également la faculté de définir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.
Vous disposez, en outre, du droit de vous opposer au traitement de vos données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment à leur utilisation à des fins de prospection commerciale.
Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, 154 rue Anatole France, 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à : informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.
Nous apportons la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins s'ils considèrent que le traitement des données les concernant constitue une atteinte à leurs droits, les bénéficiaires disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.
Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : https://www.bloctel.gouv.fr/
Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données personnelles : https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles

AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R - Siège social : 14-16, boulevard Malesherbes 75008 Paris - Siren 333 232 270.

Arrêt de travail

Date du premier jour de l'arrêt de travail ayant généré l'invalidité* : _ _ / _ _ / _ _ _ _

* Date d'arrêt de travail (DAT). L'arrêt de travail ayant engendré la mise en invalidité est le dernier arrêt connu pour lequel la Sécurité sociale a appliqué une carence de 3 jours et dont les indemnités journalières ont été réglées jusqu'à la veille de l'invalidité. Cet arrêt peut dans certains cas être un accident de travail débutant par 28 jours d'indemnités journalières non majorées puis par des indemnités journalières majorées réglées jusqu'à la veille de l'invalidité.

Date de la mise en invalidité par le régime de base* :
_ _ / _ _ / _ _ _ _

* Régime de base. L'Assurance Maladie est constituée de trois principaux régimes : le régime général (Sécurité sociale), le régime agricole (Mutualité Sociale Agricole) et le régime social des indépendants. À côté, existent aussi d'autres régimes spécifiques.

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 ci-contre le nom et adresse du tiers et de sa compagnie d'assurance et le numéro de dossier de celle-ci (si connu).

Tiers
Nom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____

Compagnie d'assurance
Nom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Numéro de dossier : _____

Éléments de calculs de la rente invalidité

Veuillez indiquer ci-dessous les salaires perçus au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail ayant engendré l'invalidité.

Mois	M M A A A A	Salaire brut	Salaire brut reconstitué	Prime de 13e mois
Salaire du mois N - 1 mois précédant l'arrêt	_ _ / _ _ / _ _ _ _	€	€	€
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	_ _ / _ _ / _ _ _ _	€	€	€
Total		0.00 **€**	0.00 **€**	0.00 **€**

Salaire de référence

Le salaire annuel de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire brut de base complet, toutes primes et gratifications incluses ayant donné lieu à versement de cotisations sociales, éventuellement rétabli prorata temporis en cas d'embauche ou d'absence pour maladie/accident au cours de la période de référence des 12 mois civils précédent l'arrêt de travail.

Il sera ramené au mois :
- par 12e pour les salariés ayant moins de 3 ans d'ancienneté
- par 12,5e pour les salariés ayant 3 à 5 ans d'ancienneté
- par 13e pour les salariés ayant plus de 5 ans d'ancienneté.

Fait à : _____
Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _
Signature et cachet **(obligatoires)** de l'entreprise

Éléments de mise à jour du dossier à compter de la date de l'invalidité

À partir de la date d'invalidité, indiquer le montant des salaires dans chaque colonne du tableau ci-dessous, le 1er mois étant le mois de l'invalidité (si salaire nul, indiquer 0).

		Salaire réellement perçu pour une activité à temps partiel*		Salaires reconstitués perçus par l'assuré s'il avait normalement poursuivi son activité salariée**	
Période	**M M A A A A**	**Brut**	**Net**	**Brut**	**Net**
Salaire du mois d'invalidité N		€	€	€	€
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		€	€	€	€
Total		0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €

* Salaire réellement perçu pour une activité à 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 et la copie des bordereaux d'indemnités journalières du régime complémentaire si autre qu'AG2R Prévoyance .

** 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.

Ce tableau peut être reproduit sur papier libre en cas de nécessité.

Fait à : _____
Date : _____
Signature et cachet **(obligatoires)** de l'entreprise

Partie à compléter par l'assuré

À la date de l'arrêt de travail
Aviez-vous d'autres employeurs (y compris les non cotisants AG2R Prévoyance) ? ☐ Oui ☐ Non
Si OUI, joindre la copie du bulletin de salaire du mois de la date d'arrêt de travail ayant généré votre invalidité et des 14 mois précédant la date de l'arrêt de travail.

Éléments de mise à jour du dossier à compter de la date de l'invalidité
Premier cas :
Avez-vous une activité professionnelle (même partielle) au sein d'une entreprise ? ☐ Oui ☐ Non
Si OUI, depuis quelle date : __ __ / __ __ / __ __ __ __

(Si éléments de mise à jour du dossier non complétés par l'employeur (tableau page 3), joindre les copies des bulletins de salaire depuis le 1er jour de la reprise d'activité).

Deuxième cas :
Êtes-vous inscrit au pôle Emploi ? ☐ Oui ☐ Non
Percevez-vous des allocations-chômage ? ☐ Oui ☐ Non
Si OUI, joindre une attestation d'attribution chiffrée de cette prestation et les bordereaux de paiement.
Si NON, mais inscrit au Pôle Emploi, joindre une copie du refus de cet organisme.

Troisième cas :
Percevez-vous des ressources d'un autre organisme (retraite d'un autre régime, stage rémunéré, ...) ? ☐ Oui ☐ Non
Si OUI, joindre l'attestation de paiement depuis le mois d'invalidité.

Quatrième cas :
Si vous avez été licencié et que vous ne percevez plus aucune ressource exceptée la pension d'invalidité versée par le régime de base, ☐ cochez la case

---

Justificatifs à produire

- La demande de prestations complétée et signée.
- La copie recto-verso de la carte d'identité ou du passeport du salarié (carte de séjour valide pour les ressortissants étrangers).
- La copie des bordereaux de paiement de pension d'invalidité depuis la mise en invalidité.
- La copie du bulletin de salaire du mois d'invalidité.
- La copie du bulletin de salaire du mois d'arrêt de travail à l'origine de la mise en invalidité.
- La copie de la notification d'attribution définitive du montant de pension d'invalidité délivrée par le régime de base indiquant la catégorie et le montant versé ou la notification de la rente d'incapacité physique permanente.
- La copie des indemnités journalières versées par le régime de base du au (à défaut un historique des indemnités journalières versées par le régime de base depuis le début d'arrêt avec les 3 jours de carence jusqu'à la veille de l'invalidité).
- Un relevé d'identité bancaire (RIB) au nom du salarié ou en compte joint.
- Les copies des 2 derniers avis d'imposition sur les revenus du salarié .
- Si le salarié a des enfants à charge, l'attestation de la carte Vitale* et un certificat de scolarité/certificat d'apprentissage pour chaque enfant.
- Les pièces correspondant à la situation depuis la mise en invalidité (page 3).
- En cas de rupture de contrat, la copie du certificat de travail pour chaque employeur connu au cours des 14 mois précédant la date de l'arrêt de travail.
- En cas de révision de pension, la copie de la notification d'invalidité de 1re catégorie.

* Attestation de la carte Vitale
Document attestant du droit de l'assuré social à bénéficier de l'Assurance maladie obligatoire. C'est la reproduction papier du contenu de la carte Vitale.

Signature

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 : _____
Date : __ __ / __ __ / __ __ __ __
Signature **obligatoire** de l'assuré