

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) : _____

Veuillez remplir la grille des salaires figurant ci-dessous :

SALAIRE DE RÉFÉRENCE - La définition du salaire de référence est celle mentionnée dans les documents contractuels.

Sur la tranche A : , % - Sur la tranche B : , % - Sur salaire total : , %

Dans tous les cas

- ## En cas de rupture du contrat de travail

- Dans les mois précédant votre arrêt de travail, aviez-vous d'autres employeurs ? ☐ OUI ☐ NON**

Si OUI, joindre la copie des bulletins de salaire des 14 mois précédant la date d'arrêt de travail ayant généré votre invalidité

Depuis votre mise en invalidité, êtes-vous inscrit au Pôle emploi ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, percevez-vous des allocations chômage ? ☐ OUI ☐ NON

Si réponse positive, joindre une attestation d'attribution chiffrée de cette prestation et les bordereaux de paiement.

Si réponse négative, mais inscrit au Pôle emploi, joindre une copie du refus de cet organisme.

Depuis votre mise en invalidité, avez-vous une activité professionnelle (même partielle) au sein d'une entreprise ?

☐ OUI ☐ NON

Si OUI, depuis quelle date :

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	€	€	€	€
M M A A A A	€	€	€	€
M M A A A A	€	€	€	€
M M A A A A	€	€	€	€
M M A A A A	€	€	€	€
M M A A A A	€	€	€	€
M M A A A A	€	€	€	€
M M A A A A	€	€	€	€
M M A A A A	€	€	€	€
M M A A A A	€	€	€	€
M M A A A A	€	€	€	€
M M A A A A	€	€	€	€
M M A A A A	€	€	€	€
TOTAL	€	€	€	€

* 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.