

Demande de prestations

Invalidité

Pour toute question concernant la constitution de ce dossier, contactez-nous si vous êtes :

- une entreprise : 0 972 672 222 (appel non surtaxé) ;
- un assuré : 0 969 322 000 (appel non surtaxé).

Retour du document :

Par courrier : AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1
ou Par e-mail : _____

Partie à compléter par l'entreprise

Nom et adresse de l'employeur : _____

N° de SIRET : _____

N° de contrat Prévoyance : _____ P

Code établissement : _____

Personne à contacter : _____

E-mail : _____

Téléphone : _____

Adresse de correspondance (si différente de l'adresse de l'employeur) : _____

Salarié concerné par la déclaration

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénoms : _____

N° d'adhésion : _____

Date de naissance : _____

Département de naissance : _____

Commune de naissance : _____

Pays de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

E-mail : _____

Téléphone : _____

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 du contrat de travail :

- Date de sortie : _____

- Motif : _____

Arrêt de travail

Date 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 : _____

Motif de l'arrêt de travail

☐ Maladie

☐ Accident

Recours contre tiers

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 auprès de celle-ci (si connu) : _____

Éléments de calcul

- Rente invalidité

Veuillez remplir **obligatoirement** la grille des salaires figurant ci-dessous.

Périodes (Mois / année)	Salaire brut		Primes		Motif de l'absence
	cotisé hors primes exceptionnelles, gratifications et indemnités	reconstitué * hors primes exceptionnelles, gratifications et indemnités	exceptionnelles, gratifications et indemnités cotisées	exceptionnelles, gratifications et indemnités cotisées reconstituées	
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	€	€	€	€	

* En cas d'arrêt maladie, le salaire reconstitué est celui que le salarié aurait perçu s'il avait travaillé.

Salaire de référence

La définition du salaire de référence est celle mentionnée dans les documents contractuels.

Fait à : _____

Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cachet ou signature obligatoire de l'employeur

À partir de la date d'invalidité, le salarié a-t-il poursuivi une activité même partielle au sein de votre entreprise ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, compléter le tableau ci-dessous (si salaire nul, indiquer 0)

* En cas d'arrêt de travail (maladie, accident du travail, maternité, ...) : si vous maintenez le salaire à votre salarié, ou que vous pratiquez la subrogation indiquer le salaire reconstitué brut et net versé, sinon joindre la copie des bulletins de salaire et la copie des bordereaux d'indemnités journalières du régime de base relatifs à la période d'arrêt de travail et la copie des bordereaux d'indemnités journalières du régime complémentaire si autre qu'AG2R Prévoyance.

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

Nom d'usage : _____
 Nom de naissance : _____
 Prénoms : _____
 N° de Sécurité sociale : |

☐ 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.

- **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 2), joindre les copies des bulletins de salaire depuis le 1^{er} 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 copie de la notification d'ouverture de droit aux allocations précisant la date exacte de début d'indemnisation ainsi que le montant journalier brut et net alloué et joindre 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 ☐

* 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.

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 de l'assuré

- La demande de prestations complétée et signée.
- 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.
- L'attestation de paiement 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 ou la copie des indemnités journalières versées par le régime de base du au .
- 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.

* 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 .

- 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 1^{re} catégorie.
- La copie des bordereaux de paiement de pension d'invalidité depuis la mise en invalidité.