

**ANNEXE DECLARATIVE : EXISTENCE D'UN PRECEDENT ASSUREUR**  
**Liste des personnels de l'entreprise en arrêt de travail pour maladie, accident, invalidité**

**Situation où il existe un précédent contrat d'assurance garantissant l'incapacité et/ou l'invalidité et/ou le décès.** L'entreprise remplit dûment le document :

Siret : \_\_\_\_\_ N° contrat : \_\_\_\_\_  
 Raison sociale Entreprise : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

**il n'existe AUCUN PERSONNEL** inscrit à l'effectif de l'entreprise, **en arrêt de travail** pour maladie, accident, invalidité bénéficiant de prestations complémentaires d'incapacité ou d'invalidité dues ou versées par le précédent organisme assureur de l'entreprise.

**il existe l'une ou les deux situations suivantes (1) :**

- Personnel** bénéficiant de prestations complémentaires d'incapacité ou d'invalidité dues ou versées par le précédent organisme assureur de l'entreprise.
- Ayant-droit d'un personnel décédé**, bénéficiaire d'une rente du précédent organisme assureur de l'entreprise (rente en cas de décès du personnel).

**(1) Dans ce cas, compléter le tableau et répondre par oui ou non aux questions ci-dessous :**

Nom, Prénom du bénéficiaire de la prestation du précédent organisme assureur de l'entreprise	Catégorie de personnel du contrat	Numéro de Sécurité sociale	Qualité (2)	Situation des sinistres (3)				
				Date du décès	Date de l'arrêt de travail initial (4)	Invalidité.		Montant annuel atteint par les prestations complémentaires à revaloriser (5)
						Date	Catégorie	

(2) **S** = salarié, **AS** = ancien salarié, **AD** = ayant-droit (3) A la date de signature de la présente annexe  
 (4) Pour le personnel en incapacité de travail (5) Prestations du précédent organisme assureur de l'entreprise

**Une garantie invalidité est-elle souscrite au titre du contrat du précédent organisme assureur de l'entreprise ?**

OUI  NON

Si OUI, le personnel en arrêt de travail indemnisé pour incapacité sera-t-il indemnisé au titre de l'invalidité si cette dernière survient postérieurement à la résiliation effective du contrat du précédent organisme assureur :  OUI  NON

**Une garantie décès est-elle souscrite au titre du contrat du précédent organisme assureur de l'entreprise ?**

OUI  NON

Si OUI, cocher les cases correspondant aux garanties du contrat :

Rente d'enfant :  Viagère  Temporaire :

Taux par palier	Age défini

*La liste ci-dessus constitue une déclaration exhaustive de l'entreprise signataire qui conditionne la tarification des garanties du contrat AG2R Prévoyance. L'entreprise signataire déclare l'exactitude des renseignements fournis à la date de signature de la présente. Toute nouvelle indemnisation de personnels ou de leurs ayants droit par l'organisme assureur, survenant entre cette date et la souscription du contrat AG2R Prévoyance, sera déclarée par l'entreprise dès la survenance de l'événement.*

à.....le.....

<b>RESERVÉ A L'ENTREPRISE</b>
Cachet de l'entreprise
Signature du responsable précédée de la mention "lu et approuvé"



**AG2R LA MONDIALE**

**AG2R - Direction Régionale xxxxxxxx**  
 adresse – code postal ville  
 Tél. xx xx xx xx xx - Fax xx xx xx xx xx  
 www.ag2rlamondiale.fr

**ANNEXE DECLARATIVE : PAS DE PRECEDENT ASSUREUR**  
**Liste des personnels de l'entreprise en arrêt de travail pour maladie, accident, invalidité**

**Situation où il n'existe pas de précédent contrat d'assurance garantissant l'incapacité et/ou l'invalidité, à la date d'effet du contrat.** L'entreprise remplit dûment le document :

Siret : \_\_\_\_\_ N° contrat : \_\_\_\_\_

Raison sociale Entreprise :

Adresse :

Code postal :        Ville

Il n'existe **AUCUN PERSONNEL inscrit à l'effectif de l'entreprise en arrêt de travail** total ou partiel pour incapacité de travail ou invalidité et bénéficiaire d'indemnités journalières ou de rente d'incapacité de travail ou d'invalidité de la Sécurité sociale.

Il existe **du PERSONNEL inscrit à l'effectif de l'entreprise en arrêt de travail** total ou partiel pour incapacité de travail ou invalidité et bénéficiaire d'indemnités journalières ou de rente d'incapacité de travail ou d'invalidité de la Sécurité sociale.

**L'entreprise renseigne les 8 colonnes du tableau ci-dessous : .**

Nom, Prénom	Catégorie de personnel	N° de Sécurité sociale	Date d'arrêt de travail initial	Date de mise en invalidité	Catégorie invalidité (1)	Salaire de référence (2)	Montant des prestations de la sécurité sociale (3)

(1) Catégorie d'invalidité Sécurité sociale à la date de signature de l'annexe

(2) Salaire brut ayant servi d'assiette aux cotisations au cours des 12 mois civils précédant l'évènement ouvrant droit aux prestations.

(3) Montant annuel des indemnités journalières ou des rentes incapacité de travail ou invalidité de la Sécurité sociale, brut de CSG-CRDS

*La liste ci-dessus constitue une déclaration exhaustive de l'entreprise signataire qui conditionne la tarification des garanties du contrat AG2R Prévoyance. L'entreprise signataire déclare l'exactitude des renseignements fournis à la date de signature de la présente. Tout nouvel arrêt de travail pour maladie ou accident ou toute invalidité survenant entre cette date et la souscription du contrat sera déclaré par l'entreprise dès la survenance de l'évènement.*

Fait à.....le.....

<b>RESERVÉ A L'ENTREPRISE</b>
Cachet de l'entreprise Signature du responsable précédée de la mention "lu et approuvé"



**AG2R LA MONDIALE**

**AG2R - Direction Régionale xxxxxxxx**

adresse – code postal ville

Tél. xx xx xx xx xx - Fax xx xx xx xx xx

www.ag2rlamondiale.fr