

Demande de prestations

Décès, rente, frais d'obsèques

Pour toute question concernant la constitution de ce dossier, appelez-nous au :
0 972 672 222 (appel non surtaxé)

Document à retourner : AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1

Entreprise

Nom de l'employeur : _____

Adresse de l'employeur : _____

Code postal : _____

Ville : _____

N° de SIRET : _____

N° de contrat prévoyance : _____

Personne à contacter : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

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

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

Situation du salarié

Le salarié concerné par cette demande avait-il plusieurs employeurs ? ☐ Oui ☐ Non

Salarié concerné par la déclaration

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

Département de naissance : _____

Commune de naissance : _____

Pays de naissance : _____

N° d'Immatriculation sociale : _____

Date d'entrée dans l'entreprise : _____

Situation de cumul emploi-retraite avant le décès ☐ Oui ☐ Non

Catégorie à laquelle appartient l'assuré :

☐ Cadre ☐ Non cadre ☐ ETAM

Date d'affiliation au régime décès : _____

Date d'arrêt de travail : _____

Date éventuelle de sortie des effectifs : _____

Date du décès : _____

Situation familiale au jour du décès :

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

☐ Séparé(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubinage

Nombre d'enfant(s) à charge : _____

Si la personne décédée n'est pas le salarié

Nom d'usage de la personne décédée (si différent) : _____

Nom de naissance : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

Lien de parenté avec le salarié : _____

Date du décès : _____

Compléter la grille des salaires en fonction de la définition du salaire de référence mentionnée dans vos documents contractuels* :

- La rubrique « salaires » ne doit pas être complétée dans le cas où le contrat d'adhésion prévoit un capital forfaitaire d'un montant fixe ou en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale).

Motif : _____

À compléter obligatoirement ou recopier sur papier libre par la (les) personne(s) ayant constitué le dossier

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et reconnais avoir été informé(e) que la présente déclaration engage ma responsabilité en cas de faux ou usage de faux selon l'article 1441-7⁽¹⁾ du Code pénal et en cas d'escroquerie ou tentative selon les articles 313-1⁽²⁾ et 313-3⁽³⁾ du Code pénal.

(1) **Article 441-7** : Indépendamment des cas prévus au présent chapitre, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende le fait :

1. d'établir une attestation ou un certificat faisant état des faits matériellement inexacts ;
2. de falsifier une attestation ou un certificat originairement sincère ;
3. de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié.

Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 € d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui.

(2) **Article 313-1** : L'escroquerie est le fait, soit par l'usage d'un faux nom ou d'une fausse qualité, soit par l'abus d'une qualité vraie, soit par l'emploi des manœuvres frauduleuses, de tromper une personne physique ou morale et de la déterminer ainsi, à son préjudice ou au préjudice d'un tiers, à remettre des fonds, des valeurs ou un bien quelconque, à fournir un service ou à consentir à un acte d'obligation ou décharge. L'escroquerie est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 375 000 € d'amende.

(3) **Article 313-3** : La tentative des infractions prévues par la présente section est punie des mêmes peines. Les dispositions de l'article 311-12 sont applicables au délit d'escroquerie.

Je m'engage par ailleurs à informer l'institution assurant le service des prestations de tout changement ultérieur dans les données de la présente déclaration.

Nom : _____

Prénoms : _____

E-mail : _____

Téléphone : | | | | | | | | | |

Fait à : _____

Date : | | | | | | | |

Signature

Personne à contacter

Merci de renseigner les éléments suivants :

Nom : _____

Prénoms : _____

Adresse : _____

Code postal : | | | | |

Ville : _____

Lien de parenté avec le défunt : _____

Téléphone : | | | | | | | | | |

E-mail : _____

Pièces à fournir

Cette liste n'est pas exhaustive et l'organisme assureur se réserve le droit de demander toutes autres pièces nécessaires à l'étude du dossier.

Documents à fournir selon la situation familiale et les garanties du contrat	Capital décès	Rente conjoint	Rente éducation, orphelin et/ou handicap	Pré-décès	Frais obsèques
☐ Demande de prestations complétée par l'employeur et la ou les personnes ayant complété le dossier	●	●	●	●	●
☐ Acte de décès original avec filiation	●	●	●	●	●
☐ Acte de naissance original, à jour des mentions marginales au jour du décès, du défunt et des bénéficiaires (datant de moins de 3 mois)	●	●	●		
☐ Copie de la pièce d'identité de chaque bénéficiaire				●	● ⁽¹⁾
☐ Acte de notoriété original ou copie authentique, à défaut Attestation de dévolution successorale originale, en cas de succession inférieure à 5 000 € compléter l'attestation des héritiers (document à réclamer auprès de nos services)	●	●	●		
☐ Copie du certificat médical post-mortem précisant la cause du décès (naturelle ou accidentelle) ou le certificat de décès complété par le médecin ayant constaté le décès	●	●	●		
☐ Si le décès, est précédé d'un arrêt de travail non indemnisé par AG2R Prévoyance : attestation de la Sécurité sociale précisant les périodes indemnisées de la date d'arrêt jusqu'à la date du décès et, s'il y a lieu, d'une pension d'invalidité depuis la date de reconnaissance de l'invalidité	●	●	●		
☐ Relevé d'identité bancaire au nom de chaque bénéficiaire					
Cas particuliers : - Relevé d'identité bancaire pour chaque enfant mineur bénéficiaire du capital décès - Relevé d'identité bancaire du représentant légal de l'enfant mineur pour le versement de la rente éducation	●	●	●	●	● ⁽³⁾

Documents à fournir selon la situation familiale et les garanties du contrat	Capital décès	Rente conjoint	Rente éducation, orphelin et/ou handicap	Pré-décès	Frais obsèques
--	---------------	----------------	--	-----------	----------------

Pour le salarié vivant en concubinage

☐ Justificatif de domicile commun au moment du décès (datant de moins de 3 mois)	●	●			
☐ Certificat de vie commune (ou de concubinage) original délivré par la mairie, à défaut déclaration sur l'honneur originale de concubinage	●	●			

Pour chaque enfant à charge (en fonction de la définition prévue au contrat)

☐ Copie intégrale du dernier avis d'imposition	● ⁽⁴⁾		●		
☐ Copie de l'attestation jointe à la carte vitale du défunt et de chaque bénéficiaire	● ⁽⁴⁾		●		
☐ Pour les enfants de plus de 16 ans, un des justificatifs suivants : - certificat de scolarité original - attestation originale de l'organisme de formation professionnelle en alternance - copie du contrat d'apprentissage ou de qualification si études par alternance - attestation originale d'inscription récente à France Travail (précisant être à la recherche d'un premier emploi et percevoir ou non des allocations)	● ⁽⁴⁾		●		
☐ En présence d'enfant invalide : copie du titre de pension d'invalidité ou attestation de la CDAPH (ou autre organisme habilité)	● ⁽⁴⁾		●		

En cas de décès accidentel

☐ Une copie du procès verbal de Police ou de Gendarmerie	●				
☐ Si majoration accident prévue au contrat en cas de décès reconnu en accident du travail ou maladie professionnelle par le régime de base : décision du régime de base	●				

Pour les frais d'obsèques

☐ Copie de la facture acquittée des frais d'obsèques mentionnant le nom et le prénom de la personne ayant réglé les frais					●
--	--	--	--	--	---

(1) Uniquement pièce d'identité de la personne ayant réglé les frais d'obsèques.

(2) Si enfant(s) mineur(s) orphelins ou majeur(s) incapable(s) bénéficiaire(s) du capital.

(3) Uniquement le RIB de la personne ayant réglé les frais d'obsèques.

(4) Justificatifs à fournir en cas de majoration pour enfant à charge prévue au contrat pour la garantie Capital Décès et en fonction de la définition prévue au contrat.

Vos données à caractère personnel sont traitées par votre organisme d'assurance ou fonds de retraite professionnelle supplémentaire membre du GIE AG2R ou du GIE LA MONDIALE GROUPE, à des fins de passation, gestion et exécution de votre contrat. Vous disposez notamment d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données qui peuvent être exercés en s'adressant au Data Protection Officer (DPO) via nos formulaires en ligne, par courriel à informatique.libertes@ag2ramondiale.fr, ou par courrier à AG2R LA MONDIALE 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex.

Pour en savoir plus : <https://www.ag2ramondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>