

AGRICA Prévoyance
TSA 80823
28039 CHARTRES CEDEX
Tél. : 04 26 29 41 76
Email : gestion@agricaprevoyance-lyon.com
Site Assuré : <https://assure.agricaprevoyance-lyon.com>
Site Entreprise : <https://entreprise.agricaprevoyance-lyon.com>

ATTESTATION SUR L'HONNEUR D'ALLOCATION COMPLEMENTAIRE D'INVALIDITE

Période du 01/10/2023 au 30/09/2024

ENTREPRISE : **MREC**

Je soussigné(e) : Aurélie SCHNELL
Demeurant : 15 RUE FOURCROY, 75 017 PARIS
N°S.s. : 2 78 09 92 051 082 80

Certifie :

⇒ Etre toujours bénéficiaire d'une pension d'invalidité : **OUI NON**

Joindre obligatoirement les justificatifs de paiement.

⇒ Avoir repris une activité rémunératrice à ce jour : **OUI NON**

A temps partiel depuis le : 01/10/2023 (en 2022/2023 en mi-temps thérapeutique puis à partir du 01 10 2023 passage en CAT 1)
A temps complet depuis le : _____

⇒ Percevoir un maintien de salaire de mon employeur : **OUI NON**

Joindre obligatoirement les bulletins de salaires correspondants.

⇒ Percevoir des indemnités journalières de la Sécurité sociale au titre d'un arrêt de travail :
OUI NON (pas à la date de l'attestation)

⇒ Etre inscrit(e) à Pôle Emploi : **OUI NON EN COURS** Depuis le : _____

Joindre obligatoirement les décomptes Sécurité sociale ou la notification Pôle Emploi et les attestations de paiement correspondantes.

Nous vous précisons qu'il vous appartient de nous déclarer toute modification de vos revenus qui surviendrait en cours d'année et de joindre les justificatifs correspondants.

Fait à : Paris Le : 30/10/2024

Signature