

**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