

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) : **Auréli 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