

**REGIME PREVOYANCE DES SALAIRES DU NOTARIAT N° 2858**  
**AXA France VIE**  
**Garantie : Invalidité Absolue et Définitive de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie (rayer la mention inutile)**

**Je soussigné(e) :**

**Demeurant :**

**Date de naissance :**

**Date de mise en invalidité :**

**Date arrêt de travail initial:**

**Nom et adresse de votre employeur :**

**Emploi exercé à l'étude :**

**Date d'entrée dans l'office :**

**Date éventuelle de rupture de contrat de travail :**

Déclare sur l'honneur :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> exercer         | <input type="checkbox"/> ne pas exercer <b>d'activité me procurant gains ou profit.</b>   |
| <input type="checkbox"/> percevoir       | <input type="checkbox"/> ne pas percevoir <b>d'allocation ASSEDIC.</b>  |
| <input type="checkbox"/> avoir bénéficié | <input type="checkbox"/> ne pas avoir bénéficié, <b>sans interruption, du versement de la pension d'invalidité qui m'a été attribuée par la CRPCEN.</b> |
| <input type="checkbox"/> avoir changé    | <input type="checkbox"/> ne pas avoir changé <b>de catégorie d'invalidité suite à une révision de ma rente CRPCEN.</b>                                  |

**(cochez les cases correspondant à votre situation)**

J'atteste l'exactitude des informations ci-dessus et m'engage à aviser l'assureur de toute modification concernant ma situation.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification que vous pouvez exercer en nous écrivant à AXA service information Clients et Grands Comptes Direct – Prévoyance / Service 2835 Etage 2 – 203/205 rue Carnot 94722 FONTENAY-SOUS-BOIS.

Fait à : ..... le : .....

Signature :

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**