

Demande de prestations

CCN des Activités industrielles de boulangerie et pâtisserie (n° 3102)

Mensualisation - Incapacité de travail

Retour du document : AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1
ou par mail : prestationsentreprisesstrasbourg@ag2rmondiale.fr

Motif de la demande

- Prise en charge dans le cadre de la mensualisation (arrêt inférieur à 90 jours, hors franchise, à la charge de l'employeur).
- Prise en charge dans le cadre de l'incapacité de travail en relais (arrêt supérieur à 90 jours hors franchise ou à épuisement des droits de mensualisation).

Entreprise

Nom et adresse de l'employeur : _____

N° de SIRET : _____

N° de contrat prévoyance (obligatoire) : _____ P

Personne à contacter : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

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

Salarié concerné par la déclaration

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Catégorie d'emploi

Non cadre Cadre Ouvrier E.T.A.M

Date d'entrée dans l'entreprise : _____

Date d'entrée dans la profession : _____

En cas de rupture du contrat de travail :

- Date de sortie : _____

- Motif : _____

Arrêt de travail

Date du 1^{er} jour de l'arrêt de travail : _____

Type d'arrêt de travail

Nouvel arrêt Rechute Prolongation

Si rechute date d'arrêt de travail initial : _____

ALD : Oui Non

Motif de l'arrêt de travail

Maladie/Accident de la vie privée

Accident du travail/Maladie professionnelle/Accident de trajet

Date éventuelle de reprise totale du travail :

Date éventuelle de reprise en mi-temps thérapeutique :

S'agit-il du premier arrêt de l'année en cours : OUI NON

Au cours des 12 derniers mois ? OUI NON

Si NON, périodes d'arrêt antérieures :

Du _____ au _____

Nature de l'arrêt* : _____

Du _____ au _____

Nature de l'arrêt* : _____

Du _____ au _____

Nature de l'arrêt* : _____

* Veuillez préciser dans "nature" :

• AM pour maladie ou accident de la vie privée

• AT/MP pour accident de travail, maladie professionnelle ou accident du trajet

Cet arrêt a-t-il fait l'objet d'un maintien de salaire ?

OUI NON

Si OUI, date de fin de maintien de salaire : _____

Protection des données à caractère personnel

Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par votre organisme d'assurance, membre de AG2R LA MONDIALE, dans le cadre de la gestion des garanties dont vous bénéficiez et de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, dont la lutte antiblanchiment, ou l'analyse de vos données, dans le cadre des obligations de conseil nous incombant.

Dans le cadre de ces traitements, vos données sont transmises aux services en relation avec vous et vos ayants droit, aux membres de AG2R LA MONDIALE, le cas échéant à ses sous-traitants et à ses partenaires qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

Les informations collectées sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat, nous ne serions pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées.

Vous pouvez demander l'accès aux données vous concernant et leur rectification. Vous disposez, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de leur traitement.

Vous avez également la faculté de définir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

Vous disposez, en outre, du droit de vous opposer au traitement de vos données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment à leur utilisation à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, 154 rue Anatole France, 92599 Levallois-Perret Cedex ou par courriel à : informatique.libertes@ag2rmondiale.fr

Nous apportons la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins s'ils considèrent que le traitement des données les concernant constitue une atteinte à leurs droits, les bénéficiaires disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://conso.bloctel.fr/>

Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données personnelles : <https://www.ag2rmondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

Recours contre tiers

Si l'arrêt de travail est consécutif à un accident :

- A-t-il été causé par un tiers ? OUI NON

- Si OUI, indiquez le nom et adresse du tiers et de sa compagnie d'assurance et le numéro de dossier auprès de celle-ci (si connu) :

Éléments de calculs

Veillez remplir **obligatoirement** la grille des salaires figurant ci-dessous :

	Salaire brut	Salaire brut reconstitué	Prime de 13 ^e mois	Motif de reconstitution
Salaire du mois N au cours duquel est survenu l'arrêt	€	€	€	
Salaire du mois N - 1 (mois précédant l'arrêt)	€	€	€	
Salaire du mois N - 2	€	€	€	
Salaire du mois N - 3	€	€	€	
Salaire du mois N - 4	€	€	€	
Salaire du mois N - 5	€	€	€	
Salaire du mois N - 6	€	€	€	
Salaire du mois N - 7	€	€	€	
Salaire du mois N - 8	€	€	€	
Salaire du mois N - 9	€	€	€	
Salaire du mois N - 10	€	€	€	
Salaire du mois N - 11	€	€	€	
Salaire du mois N - 12	€	€	€	
Total	€	€	€	

Salaire de référence

- Incapacité

Le salaire annuel de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire brut complet, toutes primes et gratifications incluses, ayant donné lieu à versement de cotisations sociales, éventuellement rétabli prorata temporis en cas d'embauche ou de maladie au cours de la période de référence, des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail. Conformément à l'article 31 « treizième mois », il sera ramené au mois :

par 12^e pour les salariés ayant moins de 3 ans d'ancienneté

par 12,5^e pour les salariés ayant 3 à 5 ans d'ancienneté

par 13^e pour les salariés ayant plus de 5 ans d'ancienneté »

- Mensualisation

Le salaire de référence est la rémunération brute que le participant aurait perçue s'il avait continué à travailler (rémunération brute du mois en cours du participant, reconstituée, y compris les primes récurrentes sauf 13^e mois), prise en compte dans la limite de 4 fois le plafond mensuel de la Sécurité sociale.

En cas de reprise du travail à mi-temps thérapeutique indemnisé par le régime de base, indiquez pour chaque période le salaire brut perçu à temps partiel et le salaire brut (sans primes) que le salarié aurait perçu à temps complet :

Période concernée	Salaire brut perçu à temps partiel	Salaire brut à temps complet (hors primes)
_____	€	€
_____	€	€
_____	€	€

Justificatifs à produire selon la situation

Dans tous les cas

- Relevé d'identité bancaire (RIB) de l'entreprise lors de la première demande ou en cas de modifications de données bancaires.

Si le salarié ne relève pas du régime général de la Sécurité sociale

- Copie de la totalité des décomptes de paiement des indemnités journalières versées par le régime de base depuis le début de l'arrêt de travail.

En cas de rechute

- La copie de l'arrêt de travail attestant que le nouvel arrêt est bien en lien avec une pathologie ayant déjà donné lieu à un arrêt de travail initial, avec précision de la date de cet arrêt initial.

En cas de reprise à mi-temps thérapeutique

- Attestation de salaire de la Sécurité Sociale et copie des décomptes correspondant à la période du mi-temps.

En cas d'hospitalisation

- Le bulletin d'hospitalisation ou de situation indiquant les dates d'entrée et de sortie.

En cas de rupture du contrat de travail

- Copie de la pièce d'identité du salarié.

- Copie du certificat de travail et relevé d'identité bancaire du salarié.

Suite à l'examen du dossier, des pièces complémentaires pourront vous être demandées.

L'employeur soussigné, certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration.

Fait à : _____

Date _____

Cachet ou signature obligatoire de l'employeur