

Demande de prestations

Arrêt de travail

Mensualisation et/ou incapacité de travail

Pour toute question concernant la constitution de ce dossier, appelez-nous au :
0 972 672 222 (appel non surtaxé)

Retour du document : AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1

Entreprise

CCN : _____

Nom et adresse de l'employeur : _____

N° de SIRET : _____

N° de contrat Prévoyance : _____ P

Personne à contacter : _____

E-mail : _____

Téléphone : _____

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

Salarié concerné par la déclaration

Monsieur Madame

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

Département de naissance : _____

Commune de naissance : _____

Pays de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

E-mail : _____

Téléphone : _____

Catégorie d'emploi

Non Cadre* Cadre*

* Précisez la catégorie : Apprenti Ouvrier Employé

Agent de maîtrise non article 36 Agent de maîtrise article 36

VRP VRP Cotisant à l'IR-VRP Autre : _____

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

Si rechute, date d'arrêt de travail initial : _____

ALD : Oui Non

Motif de l'arrêt de travail

Maladie ou accident de la vie privée

Accident du travail ou maladie professionnelle

Maternité

Accident de trajet

Avec hospitalisation

Date éventuelle de reprise totale du travail : _____

Date éventuelle de reprise du travail 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 de travail a-t-il fait l'objet d'un maintien de salaire ?

Oui Non

Si Oui, date fin de maintien de salaire : _____

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) :

Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par AG2R Prévoyance, membre du Groupe 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 anti-blanchiment, 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 du Groupe 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. Vos données sont conservées pour les besoins de la réalisation de la finalité en base active, puis sont conservées au sein d'une base intermédiaire conformément aux délais de prescription légales en vigueur. À l'issue de ces délais, vos données seront purgées.

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.

AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R -
Siège social : 14-16, boulevard Malesherbes 75008 PARIS - SIREN 333 232 270. Siren 333 232 270.

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

Éléments de calculs

Veillez remplir obligatoirement la grille des salaires figurant ci-dessous.

A	B	C	D
Mois/Année ⁽¹⁾	Salaire brut des 12 mois antérieurs à la date de l'arrêt de travail ayant donné lieu à cotisation hors motifs listés ci-dessous ⁽²⁾	Salaire reconstitué en cas de maladie, accident, invalidité, congé indemnifié par l'Assurance maladie ou l'employeur ⁽³⁾	Motif de reconstitution ⁽⁴⁾
Date de l'arrêt _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
_ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _	€	€	
Total	€	€	

Aide pour compléter la grille des salaires

(1) Aide pour remplir la colonne A : Indiquer distinctement le mois et l'année auxquels correspondent le salaire indiqué en colonne B. Mentionner les 12 mois bruts complets cotisés antérieurs à la date de l'arrêt de travail (voir exemple).

(2) Aide pour remplir la colonne B : Exclure les mois de salaire liés à des absences non indemnifiées suite à une suspension du contrat de travail : congé sans solde, congé sabbatique, congé parental, etc...

(3) Aide pour remplir la colonne C : Reconstituer les mois de salaires liés aux situations suivantes : maladie, accident, invalidité, congé indemnifié par l'assurance maladie ou l'employeur. La reconstitution consiste à réinjecter les sommes déduites qui auraient été versées si le salarié avait travaillé.

(4) Aide pour remplir la colonne D : Indiquer le motif de reconstitution du salaire de la colonne C.

Exemple :

- Date de l'arrêt de travail : mars 2024
- Congés sans solde : du 15 juillet au 15 août 2023
- Salaires à renseigner dans la grille : janvier 2023 à février 2024 en écartant les mois de juillet et août 2023 soit les 12 mois déclarés ayant donné lieu à cotisation avant la date de l'arrêt de travail

La définition du salaire de référence est celle mentionnée dans les documents contractuels.

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.

Si votre contrat prévoit des majorations pour conjoint ou enfants à charge

- Copie du dernier avis d'imposition du salarié.
- Copie du livret de famille à jour de toutes ses mentions marginales.
- Photocopies de l'attestation jointe à votre carte Vitale et celle de chaque enfant à charge, assuré social en son nom propre.
- Certificat(s) de scolarité ou d'apprentissage entre 16 et 20 ans ou copie de l'attestation de suivi d'études supérieures.

En cas de rupture du contrat de travail

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

Rappel

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