



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main  
sur demain

Prévoyance

# Demande de prestations Indemnité de départ à la retraite ou de licenciement

## CCN des Cabinets dentaires (N° 3255)

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

Pour toute question concernant la constitution de ce dossier :

- appelez-nous au : 0 972 672 222 (appel non surtaxé) ou ;

- écrivez-nous à l'adresse : [cg.capsud-prestationsprevoyance@ag2rlamondiale.fr](mailto:cg.capsud-prestationsprevoyance@ag2rlamondiale.fr)

### Entreprise

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 employeur) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### Salarié concerné par la déclaration

Monsieur  Madame

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

### Catégorie d'emploi

Non Cadre  Cadre

Date d'entrée dans le cabinet : \_\_\_\_\_

Rupture de contrat de travail, date de sortie : \_\_\_\_\_

Motif : \_\_\_\_\_

### Nature du contrat

Temps complet

Temps partiel Nombre d'heures mensuelles : \_\_\_\_\_ H

Les 2 successivement :

Temps complet

Début \_\_\_\_\_ fin \_\_\_\_\_

Temps partiel

Début \_\_\_\_\_ fin \_\_\_\_\_

Nombre d'heures mensuelles : \_\_\_\_\_ H

### Nature de la rupture du contrat de travail

Licenciement ou mise à la retraite à la demande de l'employeur

Départ à la retraite à la demande du salarié

Rupture conventionnelle

Montant de l'indemnité versée au salarié : \_\_\_\_\_ €

### Justificatifs à produire

#### Dans tous les cas

- Bulletins de salaire des 12 mois qui précèdent le mois de départ ;
- Bulletin de salaire sur lequel figure l'indemnité versée (soit 13 bulletins de salaire au total) ;
- Certificat de travail couvrant toute la période d'activité au sein du même cabinet ;
- Solde de tout compte signé des deux parties (salarié et employeur) ;
- Relevé de compte bancaire correspondant au paiement de l'indemnité et la photocopie du chèque ;
- Détail de l'indemnité calculée par vos soins ;
- Relevé d'identité bancaire (RIB) de l'employeur pour un règlement par virement.

#### En cas de départ à la retraite

- Document de la caisse vieillesse intitulé « accusé de réception de la demande » ;
- Lettre de démission de l'intéressé dans laquelle il motive son départ à la retraite ;
- Avant l'âge légal, lettre de l'employeur demandant le départ à la retraite et l'accord du salarié ;
- Après l'âge légal, lettre de l'employeur demandant le départ à la retraite du salarié.

#### En cas de licenciement

- Lettre de licenciement et son accusé de réception ;
- Attestation Pôle emploi ;
- Attestation sur l'honneur précisant que le cabinet n'est pas repris par un successeur.

#### En cas de rupture conventionnelle

- Formulaire de rupture conventionnelle et de demande d'homologation ;
- Preuve de l'acceptation de la demande d'homologation par l'autorité administrative ou de la réception de cette demande par cet organisme ;
- Inscription à Pôle emploi.

### Important

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

## Grille des salaires (Salaires reconstitués en cas de maladie)

Veillez remplir la grille des salaires figurant ci-dessous :

Mois	Salaire de base	Prime ancienneté	Prime mensuelle	Prime exceptionnelle	Salaire brut
Salaires du mois N - 1 (Mois précédant le mois de départ)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaires du mois N - 2	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaires du mois N - 3	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaires du mois N - 4	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaires du mois N - 5	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaires du mois N - 6	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaires du mois N - 7	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaires du mois N - 8	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaires du mois N - 9	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaires du mois N - 10	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaires du mois N - 11	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Salaires du mois N - 12	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>Total</b>	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €

En cas d'absence, indiquez la cause de l'absence :

\_\_\_\_\_

L'indemnité devra être réglée, par vos soins, au salarié avant d'en demander le remboursement auprès de notre organisme.

Tous les justificatifs doivent nous parvenir en photocopie.

Le montant du remboursement d'AG2R Prévoyance sera de :

### 1/ Dans le cas d'une indemnité de départ à la retraite

Cette indemnité est fonction de l'ancienneté du salarié :

- la cotisation est versée dès le 1<sup>er</sup> jour : remboursement de 100 % ;
- la cotisation n'est pas versée dès le 1<sup>er</sup> jour : remboursement en fonction de la durée de versement des cotisations, soit :
  - entre 12 et 60 mois : 50 %
  - de 60 à 120 mois : 70 %
  - plus de 120 mois : 100 %

Informations sociales : en cas de départ volontaire à la retraite, les charges sur salaire sont dues.

### 2/ Dans le cas d'une indemnité de licenciement

Cette indemnité est également fonction de l'ancienneté du salarié :

- la cotisation est versée dès le 1<sup>er</sup> jour : remboursement de 70 % ;
- la cotisation n'est pas versée dès le 1<sup>er</sup> jour, remboursement en fonction de la durée de versement des cotisations, soit :
  - entre 12 et 60 mois : 50 %
  - de 60 à 120 mois : 60 %
  - plus de 120 mois : 70 %

En cas de fermeture du cabinet dentaire, indiquez une adresse de correspondance (et joindre un RIB obligatoirement) :

\_\_\_\_\_

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

Fait à : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Cachet et signature obligatoires de l'entreprise

### 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 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 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 courrier à : [informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr](mailto:informatique.libertes@ag2rlamondiale.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.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donneespersonnelles>