



Arrêt de travail

Convention collective nationale de la coiffure et des professions
connexes du 10 juillet 2006

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**

Renseignements d'ordre général

Nom et adresse de l'employeur : _____

N° de contrat Prévoyance : _____ **P**

N° de catégorie au contrat à laquelle appartient l'assuré : _____

Personne à contacter : _____

Email : _____

Téléphone : _____

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

Salarié concerné par la déclaration

M. Mme Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Date de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____

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

Date d'entrée dans l'entreprise : _____

Date d'entrée dans la profession : _____

En cas de rupture du contrat de travail : - Date de sortie : _____

- Motif : _____

Renseignements concernant l'arrêt de travail

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

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

ALD : Oui Non

Motif de l'arrêt de travail : Accident du travail

Maladie professionnelle

Accident de trajet

Maternité

Maladie ou accident de la vie courante

Maladie 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 au cours 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.

S'agit-il du premier arrêt au cours de l'année en cours ouvrant droit à l'indemnisation ? OUI NON

Si oui, dernier jour indemnisé au titre de la garantie 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) : _____

NOTA

Toutes précisions que l'employeur souhaite fournir à AG2R Prévoyance peuvent être mentionnées au verso du présent document.

