

Demande de prestations

Arrêt de travail

Incapacité de travail en surcomplémentaire

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 : _____

Commune de naissance : _____

Département 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

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 : _____

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

☐ Oui ☐ Non. Si Oui, nous vous remercions d'indiquer :

Date fin de maintien de salaire du 1^{er} niveau : _____

Période de maintien de salaire du 2^e niveau :

Du _____ au _____

Montant journalier brut après déduction de l'IJSS pour cette période ¹ : _____ €

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 ² : _____

Du _____ au _____

Nature de l'arrêt ² : _____

Du _____ au _____

Nature de l'arrêt ² : _____

¹ Veuillez renseigner le montant servi par l'employeur en 2^e niveau des obligations légales au titre du maintien de salaire après déduction de l'organisme social.

² – AM pour maladie ou accident de la vie privée

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

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 traitées par votre organisme d'assurance ou fonds de retraite professionnelle supplémentaire membre du GIE AG2R ou du GIE LA MONDIALE GROUPE, à des fins de passation, gestion et exécution de votre contrat. Vous disposez notamment d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données qui peuvent être exercés en s'adressant au Data Protection Officer (DPO) via [nos formulaires](#) en ligne, par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr, ou par courrier à AG2R LA MONDIALE 154 rue Anatole France 92599 LEVALLOIS-PERRET CEDEX. Pour en savoir plus : <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

Éléments de calculs

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

Important

La définition du salaire de référence est celle mentionnée dans les documents contractuels. Si le salarié était en arrêt de travail au cours de toute ou partie de la période de référence, indiquez le salaire qu'il aurait perçu s'il avait normalement travaillé.

	Salaire brut	Salaire brut reconstitué	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	_____ €	_____ €	
Salaire du mois N - 13	_____ €	_____ €	
Salaire du mois N - 14	_____ €	_____ €	
Total	_____ €	_____ €	

Justificatifs à produire selon la situation

Obligatoire

- Un relevé d'identité bancaire (RIB) de l'entreprise sur lequel seront versées les indemnités journalières.

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 du certificat médical attestant que le nouvel arrêt est en lien avec une pathologie ayant déjà donné lieu à un arrêt de travail initial, avec précision de la date de cet arrêt initial, sans précision de la pathologie.

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.

Signature

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

Fait à : _____
Date : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Cachet ou signature obligatoire de l'employeur