

Demande de prestations

CCN Enseignement privé

Temps partiel pour raison de santé ou handicap

Personnels enseignants et de documentation rémunérés par l'État

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

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 : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

E-mail : _____

Téléphone : _____

Catégorie de personnel (Cf. contrat)

O2A Enseignant régime de la fonction publique

O2B Enseignant régime général Assurances sociales

Date d'entrée dans l'établissement : _____

Date d'ancienneté : _____

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

Temps partiel pour : Raison de santé Handicap

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

Information complémentaire sur la situation de l'enseignant

Cet arrêt est-il indemnisé par la Sécurité sociale ?

OUI NON

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

Si OUI, date de 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) :

Éléments de calculs

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

L'assuré est-il dans l'une des situations suivantes (cocher la case correspondante à sa situation)	Oui	Non
En cumul avec un autre emploi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Titulaire d'une pension d'invalidité ou d'incapacité de travail (régime de base et organismes assureurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bénéficiaire d'une prestation pour handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selon échelon / indice : - et le temps mensuel contractuel :

Salaires de l'enseignant

Traitement brut de base	Indemnité de résidence	Supplément familial	ISOE part fixe	Indemnités autres (libellé à préciser)
€	€	€	€	€

Justificatifs à produire selon la situation

Handicap

Si vous percevez une prestation au titre de votre handicap, ou une pension d'invalidité ou d'incapacité physique permanente, ou une prévoyance complémentaire merci de joindre les justificatifs des montants alloués, et leur périodicité de versement.

- Copie du document émis par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), attestant à l'assuré, sa qualité de travailleur handicapé, postérieurement à son entrée en service dans l'un des établissements relevant du champ d'application de la convention du 28 juin 2012 ;
- certificat médical établi par un médecin agréé au sens du décret n° 86-442 du 14 mars 1986, précisant l'impossibilité pour l'assuré de reprendre ou de poursuivre son activité exercée au moment du sinistre sur la même quotité horaire ; il devra en outre préconiser la quotité horaire de travail à effectuer quelle que soit la quotité sollicitée par l'assuré ;
- copie de l'arrêté du temps partiel pour handicap, précisant les dates d'effet, la quotité horaire travaillée (qui ne peut être inférieure à 50 % d'un temps complet) et la quotité horaire rémunérée si différente. (Ce document est à présenter pour chaque année scolaire, ou en cours d'année si changement de quotité de travail).

Raison de santé

- Pour une première demande sur une année scolaire complète ou un renouvellement, un certificat médical établi par un médecin agréé au sens du décret n° 86-442 du 14 mars 1986,

- précisant l'impossibilité pour l'assuré de reprendre ou de poursuivre son activité exercée au moment du sinistre sur la même quotité horaire ; il devra en outre préconiser la quotité horaire de travail à effectuer quelle que soit la quotité sollicitée par l'assuré ; (document à renouveler tous les ans) ;
- copie de l'arrêté du temps partiel pour raison de santé, précisant les dates d'effet, la quotité horaire travaillée (qui ne peut être inférieure à 50 % d'un temps complet) et la quotité horaire rémunérée si différente. (Ce document est à présenter pour chaque année scolaire, ou en cours d'année si changement de quotité de travail).
- pour une demande en cours d'année scolaire, un certificat médical attestant de l'impossibilité de reprendre ou de poursuivre l'activité exercée au moment du sinistre sur la même quotité horaire. Il devra être précisé la quotité de travail à effectuer. (Pour un renouvellement, se conformer au paragraphe précédent).

Justificatifs communs aux deux prestations

- Relevé d'identité bancaire de l'assuré.
- Copie des décomptes de paiements attestant des montants alloués par d'autres organismes au titre de votre handicap, invalidité, incapacité permanente, ou prévoyance complémentaire.

Rappel

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

Attestation de l'établissement

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

Fait à : _____
Date <input type="text"/>
Cachet ou signature obligatoire de l'employeur

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@ag2ramondiale.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.ag2ramondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>