



Demande de prestations Incapacité de travail

Pour toute question concernant la constitution de ce dossier, appelez-nous au :
0972 672 222 (appel non surtaxé)

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

Société mandante

Raison sociale : _____
N° de SIRET : _____
N° de contrat Prévoyance : _____ P
N° de catégorie de gérant : _____

Personne à contacter : _____
E-mail : _____
Téléphone : _____
Adresse de correspondance : _____

Gérant 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 : _____
Date d'entrée dans la société mandante : _____
Date d'entrée dans la profession : _____
En cas de rupture du contrat de gérance :
- 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 de la vie privée
- Maladie professionnelle
- Cure thermique
- Maladie avec hospitalisation
- Accident de la vie privée
- Accident de trajet
- Accident du travail

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 : _____

Périodes indemnisées à taux réduit :
Du _____ au _____
Montant journalier brut payé pour cette période : _____ €

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) :

Déclaration de commissions

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

Si le gérant était en arrêt de travail au cours de toute ou partie de la période ci-dessous, indiquez la commission qu'il aurait perçue s'il avait normalement travaillé.

Mois	Commission brute
Commission brute du mois au cours duquel est survenu l'arrêt	€
Commission brute du mois N - 1 (Mois précédant l'arrêt)	€
Commission brute du mois N - 2	€
Commission brute du mois N - 3	€
Commission brute du mois N - 4	€
Commission brute du mois N - 5	€
Commission brute du mois N - 6	€

Important

Ne renseigner que les éléments de commissions et la période définis dans la période de référence de votre contrat.

Mois	Commission brute
Commission brute du mois N - 7	€
Commission brute du mois N - 8	€
Commission brute du mois N - 9	€
Commission brute du mois N - 10	€
Commission brute du mois N - 11	€
Commission brute du mois N - 12	€
Total	€

Exemple : pour un arrêt survenu en juin 2012 : indiquer sur la ligne « mois N » le salaire de juin 2012, sur la ligne suivante « mois N - 1 » le salaire de mai 2012, etc...

Justificatifs à produire selon la situation

Dans tous les cas

– Relevé d'identité bancaire (RIB) de la société mandante lors de la première demande ou en cas de modifications de données bancaires.

Si le gérant 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

– 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

– 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 gérant.
– 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 de la pièce d'identité du gérant.
– Copie du certificat de travail et relevé d'identité bancaire du gérant.

Rappel

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

La société mandante, 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@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://conso.bloctel.fr/>

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