

Demande de prestations

Incapacité de travail

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

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 : _____
Prénoms : _____
Date de naissance : _____
Commune de naissance : _____
Département : _____
Pays 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 thermale
 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 : _____

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 : _____

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

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 nette
Commission nette du mois au cours duquel est survenu l'arrêt	€
Commission nette du mois N - 1 (Mois précédant l'arrêt)	€
Commission nette du mois N - 2	€
Commission nette du mois N - 3	€
Commission nette du mois N - 4	€
Commission nette du mois N - 5	€
Commission nette 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 nette
Commission nette du mois N - 7	€
Commission nette du mois N - 8	€
Commission nette du mois N - 9	€
Commission nette du mois N - 10	€
Commission nette du mois N - 11	€
Commission nette 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

Obligatoire

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

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

- 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

- 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Cachet ou signature obligatoire de l'employeur