

# Demande de prestations

## CCN des Établissements privés d'hospitalisation de soins, de cure et de garde à but non lucratif (CCN du 3 octobre 1951)

### Arrêt de travail - 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

#### Entreprise

Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

N° de SIRET : \_\_\_\_\_

N° de contrat Prévoyance : \_\_\_\_\_ P

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

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 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'établissement : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans la profession : \_\_\_\_\_

Emploi occupé : \_\_\_\_\_

L'assuré ci-dessus a-t-il effectué 12 mois de travail effectif dans l'établissement ?  OUI  NON

En cas de rupture du contrat de travail :

- Date de sortie : \_\_\_\_\_

- Motif : \_\_\_\_\_

#### Arrêt de travail

Date du 1<sup>er</sup> 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

Maladie de la vie privée

Accident de la vie privée

Accident de trajet

Maladie sans hospitalisation

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 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 de 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 : \_\_\_\_\_

#### 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) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Renseignements sur le salaire de référence

### En cas d'arrêt pour maladie

Salaires brut mensuel qu'aurait perçu l'assuré, s'il avait normalement travaillé, sur le mois d'arrêt.

Indiquez ce montant hors prime décentralisée ou d'assiduité : \_\_\_\_\_ €

### En cas d'arrêt pour accident du travail ou maladie professionnelle

Salaires brut mensuel qu'aurait perçu l'assuré, s'il avait normalement travaillé, sur le mois d'arrêt.

Indiquez ce montant y compris prime décentralisée ou d'assiduité comprises : \_\_\_\_\_ €

Montant de la prime d'assiduité ou décentralisée incluse dans ce mois : \_\_\_\_\_ €

Ce montant est :  mensuel  trimestriel  semestriel

La prime décentralisée ou d'assiduité n'est prise en compte que dans le cadre des arrêts ayant pour origine l'accident du travail ou la maladie professionnelle.

Elle est exclue des arrêts maladie ou accident de la vie privée (article 13.01.2.4 de la CCN du 31 octobre 1951).

### Important

En cas de poursuite d'arrêt, l'établissement s'engage à réactualiser le salaire qu'aurait perçu l'assuré au cours du mois d'absence.

## Justificatifs à produire selon la situation

### Dans tous les cas

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

### 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

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

### Important

Seuls les médecins et infirmières libéraux n'exerçant pas une activité salariée suffisante pour prétendre aux indemnités de la Sécurité sociale sont pris en charge par le régime, à l'exclusion de tout autre type de personnel non pris en charge par la Sécurité sociale.

### Rappel

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

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

Fait à : \_\_\_\_\_

Date [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

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](mailto: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-donnees-personnelles>