



AG2R LA MONDIALE

PRÉVOYANCE

DEMANDE DE PRESTATIONS

Arrêt de travail

Convention collective nationale de la Branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD) du 21 mai 2010

RETOUR DU DOCUMENT

AG2R LA MONDIALE

Centre de gestion
Prestations prévoyance
TSA 20109
67024 STRASBOURG
CEDEX

Pour toute question concernant la constitution de ce dossier, appelez-nous au :

0 972 672 222
(appel non surtaxé)

À REMPLIR ÉGALEMENT

La grille des salaires au dos du présent document.

ENTREPRISE

Nom et adresse de l'employeur: _____

Numéro de SIRET : _____

Personne à contacter: _____

E-mail: _____

Téléphone: _____

N° de contrat Prévoyance: _____ **P**

Catégorie de personnel: Non cadre (010) Cadre (020)

SALARIÉ CONCERNÉ PAR LA DÉCLARATION

NOM: _____

NOM de jeune fille (pour les femmes mariées): _____

Prénom(s): _____

Adresse: _____

Code postal: _____ Ville: _____

Date de naissance: _____

N° de Sécurité sociale: _____

Nombre d'heures effectuées par le salarié: plus de 150 heures moins de 150 heures

Date d'entrée dans l'entreprise: _____

Si rupture du contrat de travail, date de rupture: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ARRÊT DE TRAVAIL

Date de l'arrêt de travail: _____

L'arrêt a-t'il été indemnisé par la Sécurité sociale? OUI NON

Date éventuelle de reprise totale du travail: _____

et / ou date de reprise du travail en mi-temps thérapeutique: _____

Origine de l'arrêt: Maladie de la vie privée

Accident de la vie privée

Maladie professionnelle

Accident du travail

Rechute de l'arrêt initial du _____

S'agit-il du 1^{er} arrêt au cours des 12 derniers mois? OUI NON

Si l'arrêt de travail est consécutif à un accident: a-t-il été causé par un tiers? OUI NON

Si OUI, indiquez les nom et adresse du tiers et de sa compagnie d'assurances et le numéro de dossier auprès de celle-ci (si connus):

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Multi-employeurs

Maternité, prénatale, postnatale, paternité du _____ au _____

ALD (affection de longue durée), à compter du _____

Congé parental du _____ au _____

PIÈCES INDISPENSABLES AU TRAITEMENT DU DOSSIER

(à défaut l'analyse du dossier sera suspendue)

Dans tous les cas

- Copie des **bordereaux d'indemnités journalières** depuis le début de l'arrêt
- La photocopie de l'**attestation de salaire** envoyée au régime de base pour le versement des indemnités journalières

Dans les cas spécifiques

- Pour les salariés cadres, la copie des **12 bulletins de salaire** qui précèdent l'arrêt de travail
- Pour le salarié de moins de 150 heures, la copie de **refus d'indemnisation** du régime de base et la copie des **avis d'arrêts de travail**
- En cas de prolongation d'arrêt, transmettre uniquement les **bordereaux d'indemnités journalières**

Information complémentaire

- Relevé d'identité bancaire de votre établissement (premier enregistrement ou modification)

En cas de rupture de contrat

- Photocopie du **certificat de travail**
- Relevé d'identité bancaire de l'assuré

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

IMPORTANT

Le salaire **reconstitué** ou **rétabli** correspond au salaire que le salarié aurait perçu s'il avait **normalement travaillé**.

Les **primes** et **heures de modulations** sont à inclure dans le montant du salaire brut.

Ne pas inclure :

- Congé parental
- Congé sans solde
- Chômage partiel ou technique

SALAIRE DE RÉFÉRENCE

Moyenne des salaires bruts des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail.

DÉCLARATION DE SALAIRES

	Salaire de base	L'assuré(e) a été absent(e) pendant la période de référence
	Montant du salaire brut	Salaire brut reconstitué ou rétabli
Salaire brut du mois N - 1 (mois précédant l'arrêt)	€	€
Salaire brut du mois N - 2	€	€
Salaire brut du mois N - 3	€	€
Salaire brut du mois N - 4	€	€
Salaire brut du mois N - 5	€	€
Salaire brut du mois N - 6	€	€
Salaire brut du mois N - 7	€	€
Salaire brut du mois N - 8	€	€
Salaire brut du mois N - 9	€	€
Salaire brut du mois N - 10	€	€
Salaire brut du mois N - 11	€	€
Salaire brut du mois N - 12	€	€
TOTAL	€	€

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

Fait à: _____

Date:

Cachet et signature **obligatoires** de l'employeur

Les données personnelles collectées au titre de la gestion de votre contrat peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude afin de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes, ou omissions à risque, et pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre demande par AG2R RÉUNICA Prévoyance. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, les personnes concernées par ce traitement bénéficient d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui les concernent, sur simple courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des Risques - Conformité, 104-110 Bd Haussmann, 75379 PARIS Cedex 08.