Demande de prestations

Arrêt de travail
Accord collectif national des Exploitations de bois

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

0 969 67 2222
(appel non surtaxé)

RETOUR DU DOCUMENT

AG2R LA MONDIALE
Prestations prévoyance
TSA 31510
35015 RENNES CEDEX

À REMPLIR ÉGALEMENT

La grille des salaires au dos du présent document.

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GÉNÉRAL

Nom et adresse de l'employeur : _____

Personne à contacter : _____
E-mail : _____
Téléphone : _____
N° de contrat Prévoyance : _____ P

SALARIÉ CONCERNÉ PAR LA DÉCLARATION

NOM d'usage : _____
NOM de naissance : _____
Prénom(s) : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Date de naissance : _____
N° de Sécurité sociale : _____ _____
Date d'entrée dans la profession : _____
Le salarié est-il titulaire d'un diplôme professionnel dans la spécialité (CAPA et BPA bûcheron, conduite d'engins) ? : ☐ OUI ☐ NON
Indiquez le nombre d'années + le nombre de mois effectivement occupés à travailler dans cette profession (déduire les périodes d'inactivité autres que les congés payés : chômage et les périodes de travail dans un autre secteur d'activité) : _____ (ANNÉES) + _____ (MOIS)

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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ARRÊT DE TRAVAIL

Date de l'arrêt de travail : _____
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
☐ Maladie professionnelle
☐ Accident de la vie privée
☐ Accident du travail

Y a-t-il eu hospitalisation ? ☐ 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) :

_____

_____

Cet arrêt est-il indemnisé par la Sécurité sociale ? ☐ OUI ☐ NON
Cet arrêt a-t-il fait l'objet d'un maintien de salaire ? ☐ OUI ☐ NON
Si OUI, date de fin de maintien de salaire : _____
S'agit-il du 1er arrêt indemnisé au cours des 3 dernières années ? ☐ OUI ☐ NON

JUSTIFICATIFS À PRODUIRE

- Copie de l'ensemble des bordereaux d'indemnités journalières depuis le début de l'arrêt.
- En cas de rechute, un certificat médical attestant qu'il s'agit de la même affection ainsi que l'avis d'arrêt de travail.
- En cas d'invalidité, la notification d'attribution de la pension d'invalidité de la Mutualité sociale agricole.

AG2R RÉUNICA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE - 104-110 boulevard Haussmann 75008 Paris - Membre du GIE AG2R RÉUNICA.

062016-51787

IMPORTANT

Ne renseigner que les éléments de salaire et la période définis par le salaire de référence de votre contrat.

- Relevé d'identité bancaire de votre établissement pour un premier enregistrement ou en cas de modification de vos données bancaires,
- Photocopie du certificat de travail et relevé d'identité bancaire de l'assuré, en cas de rupture du contrat de travail.

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

DÉCLARATION DE SALAIRES

Veuillez remplir la grille des salaires figurant ci-dessous : si le salarié était en arrêt de travail au cours de toute ou partie de la période ci-dessous, indiquez le salaire qu'il aurait perçu s'il avait normalement travaillé.

	Salaire brut
Salaire brut du mois sans prime au cours duquel est survenu l'arrêt : Mois N (mois d'arrêt)	€
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	0 €

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...

Taux de charges salariales hors CSG-RDS

Sur tranche A : |_|_|, |_|_| %
Sur tranche B : |_|_|, |_|_| %
Sur salaire 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.