AG2R LA MONDIALE

PRÉVOYANCE

Arrêt de travail

DEMANDE DE PRESTATIONS

Convention collective nationale du Personnel des cabinets médicaux [nº 3168]

RETOUR DU DOCUMENT : AG2R LA MONDIALE – Centre de gestion collective

Pour toute question concernant la constitution de ce dossier, vous pouvez nous contacter au : **0 972 672 222 (appel non surtaxé)**

ENTREPRISE

Nom et adresse du cabinet médical :

N° de SIRET :

N° de contrat Prévoyance : P

N° de catégorie à laquelle appartient l'assuré :

Personne à contacter :

Téléphone : E-mail :

Adresse de correspondance (si différente de l'adresse de l'employeur) :

Téléphone :

SALARIÉ CONCERNÉ PAR LA DÉCLARATION

NOM d'usage :

NOM de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance : N° de Sécurité sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Catégorie d'emploi

Emploi :

Depuis le :

Date d'entrée dans le cabinet :

Si l'ancienneté dans le présent cabinet médical est inférieure à 1 an, l'assuré a-t-il occupé un emploi dans la même profession? ☐ Oui[1] ☐ Non

(1) si oui justifier les périodes d'emploi en joignant la copie des bulletins de paie les plus récents jusqu'à totaliser 12 mois d'activité en cabinet médical. Dans le cas contraire, le droit aux prestations pourrait être refusé (CF définition personnel garanti/CCN).

S'agit-il de personnel effectuant moins de 200 heures par trimestre ? ☐ Oui ☐ Non

Le salarié a-t-il plusieurs employeurs ? ☐ Oui ☐ Non

En cas de rupture du contrat de travail : date de sortie :

ARRÊT DE TRAVAIL

Date du 1er jour de l'arrêt de travail :

Date éventuelle de reprise totale du travail :

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

Motif de l'arrêt de travail

☐ Maladie de la vie privée
☐ Accident de la vie privée
☐ Maladie professionnelle
☐ Accident du trajet
☐ Accident du travail

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 connus) :

Cet arrêt est-il indemnisé par la Sécurité sociale ? ☐ Oui ☐ Non

JUSTIFICATIFS À PRODUIRE

Dans tous les cas

- Relevé d'identité bancaire (RIB) du cabinet lors de la première demande ou en cas de modifications de données bancaires.
- Copie du bulletin de salaire du mois précédant l'arrêt.
- Copies de l'ensemble des bordereaux d'indemnités journalières depuis le début de l'arrêt ainsi que, pour les arrêts non indemnisés par la Sécurité sociale, les certificats médicaux, le double de l'arrêt de travail et la notification de refus d'indemnisation par la Sécurité sociale.
- En cas d'invalidité, la notification de paiement de la rente invalidité par la Sécurité sociale.
- En cas de reprise à mi-temps thérapeutique, attestation de salaire de la Sécurité sociale.

En cas de rupture du contrat de travail

- Copie du certificat de travail.
- Relevé d'identité bancaire de l'assuré.

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

SALAIRE DE RÉFÉRENCE – Salaire fixe soumis à cotisations des 3 derniers mois pleins de salaire brut, multiplié par 4, majoré des rémunérations variables des 12 mois précédant l'arrêt de travail, dans la limite de 3 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.
Pour les salariés effectuant moins de 200 heures de travail par trimestre, le montant des prestations est calculé sur le salaire perçu au titre du cabinet.

ÉLÉMENTS DE CALCUL

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

		SALAIRE BRUT
Salaire brut du mois précédant l'arrêt : mois N		€
Salaire brut du mois N – 1		€
Salaire brut du mois N - 2		€
Sous total : salaire annuel de base = ([Mois N] + [N –1] + [N – 2]) x 4	0,00	€
Primes ou gratifications variables perçues au cours des 12 mois précédant l'arrêt		€
TOTAL : salaire annuel de référence = (Sous total + Primes ou gratifications)	0,00	€

Veuillez préciser les **taux de charges salariales** hors CSG-RDS

- Sur la tranche A : |_ _ _|,|_ _ _| %
- Sur la tranche B : |_ _ _|,|_ _ _| %
- Sur salaire total : |_ _ _|,|_ _ _| %

IMPORTANT - Tout dossier incomplet sera retourné pour complément de pièces ou de renseignements.

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