AG2R LA MONDIALE

PRÉVOYANCE — DEMANDE DE PRESTATIONS

Arrêt de travail

Mensualisation

POUR TOUTE QUESTION CONCERNANT LA CONSTITUTION DE CE DOSSIER, APPELEZ-NOUS AU :

0 972 672 222
(appel non surtaxé)

DOCUMENT À RETOURNER :

AG2R LA MONDIALE
Centre de Gestion collective
Service Prestations Prévoyance
26 rue de Montholon
75305 Paris
CEDEX 09

- ☐ Boulangerie artisanale (3117)
- ☐ CCN Charcuterie de détail (3133)
- ☐ Commerce de détail des fruits et légumes (3244)
- ☐ Commerce de gros confiserie, chocolaterie, biscuiterie (3045)
- ☐ Industrie laitières (3124)
- ☐ Autre CCN

ENTREPRISE

Nom et adresse de l'employeur : _____

N° de SIRET : _____ _____

N° de contrat prévoyance : _____ P

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 : _____

Date de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____ _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

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'entreprise : _____ Date d'entrée dans la profession : _____

En cas de rupture du contrat de travail : Date de sortie : _____

ARRÊT DE TRAVAIL

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

Type d'arrêt de travail :

☐ Nouvel arrêt ☐ Rechute

Motif de l'arrêt de travail

☐ Accident du travail ☐ Accident de trajet ☐ Maternité ☐ Avec hospitalisation

Date éventuelle de reprise totale du travail : _____

Date éventuelle de reprise en mi-temps thérapeutique : _____

S'agit-il du 1er arrêt au cours de l'année en cours ? ☐ Oui ☐ Non

S'agit-il du 1er arrêt indemnisé au cours des 12 derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non

Si non, périodes d'arrêt antérieures : Du _____ au _____

Du _____ au _____

Du _____ au _____

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 : _____

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) : _____

ÉLÉMENTS DE CALCUL

Mois / Année	Salaire brut	Salaire net	Salaire brut reconstitué	Salaire net reconstitué
Salaire du mois N – 1 (mois précédant l'arrêt)	€	€	€	€
Salaire du mois N – 2	€	€	€	€
Salaire du mois N – 3	€	€	€	€
Primes (le cas échéant)	€	€	€	€
Total	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Salaire moyen = Total ÷ 3	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

SALAIRE DE RÉFÉRENCE - Salaire mensuel moyen brut, plafonné à la tranche B, perçu au cours des trois mois précédant l'arrêt de travail initial, avec prise en compte de 3/12e des primes exceptionnelles et gratifications. Si le salarié si le salarié était en arrêt de travail au cours de toute ou partie de la période de référence, indiquez le salaire qu'il aurait perçu s'il avait normalement travaillé.

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

JUSTIFICATIFS À PRODUIRE

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.
- Copie du bulletin de salaire des 3 mois précédant l'arrêt.
- Copies des décomptes des indemnités journalières versées par le régime de base : pour l'arrêt en cours depuis le début de celui-ci.
- Copies des bulletins de salaire pour la période déclarée si la rémunération mensuelle est supérieure à 3 500 €
- En cas de rechute, le certificat médical précisant la date d'arrêt de travail initial dont dépend la rechute.
- Attestation de salaire de la Sécurité Sociale en cas de reprise à mi-temps thérapeutique et les décomptes correspondant à la période du mi-temps.

Suivant les termes du contrat

- En cas d'hospitalisation, le bulletin d'hospitalisation ou de situation indiquant les dates d'entrée et de sortie.

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.

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 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, ces informations pourront, sauf opposition de votre part, être communiquées aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE et à leurs partenaires aux fins de vous informer de leurs offres de produits ou de services. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui vous concernent, sur simple courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des Risques - Conformité, 104-110 Bd Haussmann, 75379 PARIS CEDEX 08.

062016-52310