



INSTITUTIONS
DE LA COIFFURE

PRÉVOYANCE DÉCLARATIONS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

RETOUR DU DOCUMENT

AG2R LA MONDIALE - Pôle Coiffure - C.G. 170 bd de la Villette TSA 41909 - 75918 PARIS CEDEX 19

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GÉNÉRAL

Nom et adresse de l'employeur: _____

N° de contrat Prévoyance : _____ P

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

NOTA

Toutes précisions que l'employeur souhaite fournir à AG2R RÉUNICA Prévoyance peuvent être mentionnées au verso du présent document.

SALARIÉ CONCERNÉ PAR LA DÉCLARATION

M. Mme NOM: _____

Prénom(s): _____

NOM de naissance: _____

Adresse: _____

Code postal: _____ Ville: _____

Date de naissance: _____

N° de Sécurité sociale: _____

Date d'entrée dans l'entreprise: _____

Date d'entrée dans la profession: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ARRÊT DE TRAVAIL

Date de l'arrêt de travail: _____

Date éventuelle de reprise totale du travail: _____

Origine de l'arrêt

Accident du travail

Maladie professionnelle

Accident du trajet

Maternité

Maladie ou accident de la vie courante

Maladie avec hospitalisation

S'agit-il du premier arrêt au cours de l'année en cours ouvrant droit à l'indemnisation?

OUI NON

Si OUI, dernier jour indemnisé au titre de la garantie 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) : _____

DÉCLARATION DE SALAIRES

Salaire brut du mois précédant celui au cours duquel est survenu l'arrêt de travail _____ €

Salaire brut mensuel qui aurait été perçu au cours du mois durant lequel est survenu l'arrêt de travail _____ €

Salaire horaire _____ €

Salaire journalier _____ €

