



## ARRÊT DE TRAVAIL

Date du premier jour de l'arrêt de travail ayant généré l'invalidité :

Date de la mise en invalidité par le régime de base :

### Invalidité

1<sup>re</sup> catégorie       2<sup>e</sup> catégorie       3<sup>e</sup> catégorie

**Incapacité professionnelle** (l'incapacité professionnelle avec un taux inférieur à 30 % n'ouvre pas droit à prestation)

Comprise entre 33 et 66 %       Supérieure ou égale à 66 %

Le salarié exerce-t-il une activité à temps partiel depuis sa reconnaissance en invalidité ?     Oui       Non

Si **NON**, vous devez **impérativement** joindre les décomptes du Pôle emploi, les indemnités journalières du régime de base ou une attestation sur l'honneur du salarié attestant qu'il ne perçoit aucune autre rémunération que sa pension d'invalidité du régime de base.

Si **OUI**, vous devez compléter le tableau « éléments de calcul » ci-après.

### Motif de l'arrêt de travail :

Maladie       Accident

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 de celle-ci (si connu) :

## ÉLÉMENTS DE CALCUL

Veillez remplir la grille des salaires figurant ci-dessous :

MOIS	SALAIRE NET réellement perçu pour une activité à temps partiel	SALAIRE NET RECONSTITUÉ qu'aurait perçu l'assuré s'il avait normalement poursuivi son activité salariale
Salaire du mois N - 1 (mois précédent l'arrêt)	€	€
Salaire du mois N - 2	€	€
Salaire du mois N - 3	€	€
Salaire du mois N - 4	€	€
Salaire du mois N - 5	€	€
Salaire du mois N - 6	€	€
Salaire du mois N - 7	€	€
Salaire du mois N - 8	€	€
Salaire du mois N - 9	€	€
Salaire du mois N - 10	€	€
Salaire du mois N - 11	€	€
Salaire du mois N - 12	€	€
Salaire du mois N - 13	€	€
Salaire du mois N - 14	€	€
<b>TOTAL</b>	€	€

**SALAIRE DE RÉFÉRENCE** - Le salaire mensuel moyen brut, plafonné à la tranche B, perçu au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail, primes incluses.

Veillez 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 renseignement.

## JUSTIFICATIFS À PRODUIRE

### Dans tous les cas

- Demande de prestations complétée et signée.
- Copie d'une pièce d'identité du salarié.
- Copie de votre bulletin de salaire du mois de votre invalidité.
- Copie du bulletin de salaire du mois d'arrêt de travail à l'origine de votre mise en invalidité.
- Copies des bulletins de salaire des 14 mois précédant l'arrêt de travail ayant engendré l'invalidité.
- Notification d'attribution définitive du montant de pension d'invalidité délivrée par le régime de base indiquant la catégorie et le montant versé.
- Décomptes de paiement de la rente invalidité du régime de base.
- Décomptes de paiement des indemnités journalières versées par le régime de base depuis le début de l'arrêt, si ce dernier n'a jamais été indemnisé par AG2R LA MONDIALE
- Relevé d'identité bancaire (RIB) du salarié.
- Avis d'imposition du salarié sur les revenus N - 2.
- Selon la situation :
  - Tout document justifiant de ressources complémentaires (bulletins de salaire, attestation du Pôle emploi, attestation de paiement d'autres caisses de prévoyance, indemnités journalières).
  - Attestation sur l'honneur du salarié précisant qu'il ne perçoit pas d'autres ressources que sa rente de régime de base.

### En cas de rupture du contrat de travail

- Photocopie du certificat de travail du salarié.

### Dans les mois précédant votre arrêt de travail, avez-vous d'autres employeurs ? OUI NON

Si OUI, joindre la copie des bulletins de salaire des 14 mois précédant la date d'arrêt de travail ayant généré votre invalidité

### Depuis votre mise en invalidité, êtes-vous inscrit au Pôle emploi ? OUI NON

Si OUI, percevez-vous des allocations chômage ?  OUI  NON

Si réponse positive, joindre une attestation d'attribution chiffrée de cette prestation et les bordereaux de paiement.

Si réponse négative, mais inscrit au Pôle emploi, joindre une copie du refus de cet organisme.

### Depuis votre mise en invalidité, avez-vous une activité professionnelle (même partielle) au sein d'une entreprise ?

OUI  NON

Si OUI, depuis quelle date :

### À partir de cette date, votre employeur doit indiquer le montant des salaires dans chaque colonne du tableau ci-dessous :

PÉRIODE	Salaire réellement perçu pour une activité à temps partiel*		Salaires reconstitués perçus par l'assuré s'il avait normalement poursuivi son activité salariée**	
	BRUT	NET	BRUT	NET
<input type="text"/>	€	€	€	€
<input type="text"/>	€	€	€	€
<input type="text"/>	€	€	€	€
<input type="text"/>	€	€	€	€
<input type="text"/>	€	€	€	€
<input type="text"/>	€	€	€	€
<input type="text"/>	€	€	€	€
<input type="text"/>	€	€	€	€
<input type="text"/>	€	€	€	€
<input type="text"/>	€	€	€	€
<input type="text"/>	€	€	€	€
<input type="text"/>	€	€	€	€
<input type="text"/>	€	€	€	€
<input type="text"/>	€	€	€	€
<b>TOTAL</b>	€	€	€	€

#### \* Salaire temps partiel :

En cas d'arrêt de travail (maladie, accident du travail, maternité...) :

- si vous maintenez le salaire à votre salarié, merci de nous indiquer le salaire rétabli brut et net
- sinon merci de joindre la copie des bulletins de salaire et la copie des bordereaux d'indemnités journalières de la Sécurité sociale ou la MSA relatifs à la période d'arrêt de travail.

#### \*\* Salaire rétabli sur le temps d'activité avant l'invalidité :

En cas d'arrêt de travail (maladie, accident du travail, maternité...), merci de nous indiquer le salaire rétabli brut et net du salarié.

Par ailleurs, nous vous remercions de nous indiquer, ci-dessous, les taux de charges actuels précomptés sur le bulletin de salaire hors CSG-RDS :

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

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

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

Fait à \_\_\_\_\_ le

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

Après réception de votre dossier complet, l'étude et le contrôle de ce dernier, le montant de la prestation à servir et sa date d'effet vous seront notifiés par écrit dans un délai maximum de 6 semaines.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur cette demande et je m'engage à faire connaître tous les changements pouvant modifier ma situation (reprise ou cessation d'activité, montant des ressources, changement d'adresse...).

Fait à \_\_\_\_\_ le

Signature de l'assuré