AG2R LA MONDIALE

PRÉVOYANCE

DEMANDE DE PRESTATIONS

Incapacité de travail

RETOUR DU DOCUMENT

AG2R LA MONDIALE
Centre de gestion
15 rue du Verdon
CS 10108
67024 STRASBOURG CEDEX 1

À REMPLIR ÉGALEMENT

La grille des commissions au dos du présent document.

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GÉNÉRAL

Raison sociale de la société mandante : _____
N° de SIRET : _____
N° : _____ Complément (zone, étage, immeuble, bât.) : _____
Rue / voie : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Personne à contacter : _____
E-mail : _____
Téléphone : _____
N° de contrat Prévoyance : _____
N° de catégorie de gérant : _____

GÉRANT 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 société mandante : _____
Date d'entrée dans la profession : _____
Si rupture du contrat de gérance, date de rupture : _____

ARRÊT DE TRAVAIL

Date de l'arrêt de travail : _____
Date éventuelle de reprise totale du travail : _____

Type d'arrêt de travail

☐ Nouvel arrêt ☐ Rechute

Origine de l'arrêt

☐ Maladie de la vie privée
☐ Maladie professionnelle
☐ Cure thermale
☐ Maladie avec hospitalisation
☐ Accident de la vie privée
☐ 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 les nom et adresse du tiers et de sa compagnie d'assurances et le numéro de dossier auprès de celle-ci (si connus) :

_____

_____

S'agit-il du 1er arrêt au cours de l'année en cours ? ☐ OUI ☐ NON
S'agit-il du 1er arrêt au cours des 12 derniers mois ? ☐ OUI ☐ NON
L'arrêt de travail a-t-il fait l'objet d'une indemnisation dans le cadre d'une garantie maintien de salaire ?
☐ OUI ☐ NON. Si OUI, merci d'indiquer le dernier jour indemnisé au titre de la garantie maintien de salaire : _____
Période indemnisée à taux réduit du _____ au _____
Montant journalier brut payé pour cette période : _____ €

JUSTIFICATIFS À PRODUIRE

- Copie de l'ensemble des bordereaux d'indemnités journalières depuis le début de l'arrêt, ainsi que les certificats médicaux pour les arrêts non indemnisés par la Sécurité sociale.
- La notification de paiement de la rente invalidité par la Sécurité sociale, en cas d'invalidité.
- Bulletin d'hospitalisation avec les dates d'entrée et sortie s'il s'agit d'une maladie avec hospitalisation.

FCD FEDERATION DES ENTREPRISES DU COMMERCE ET DE LA DISTRIBUTION

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

062016-51781

IMPORTANT

Ne renseigner que les éléments de commissions et la période définis dans la période de référence de votre contrat.

DÉCLARATION DE COMMISSIONS

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

	Commission brute
Commission brute du mois au cours duquel est survenu l'arrêt : Mois N (mois d'arrêt)	€
Commission brute du mois N – 1 (mois précédant l'arrêt)	€
Commission brute du mois N – 2	€
Commission brute du mois N – 3	€
Commission brute du mois N – 4	€
Commission brute du mois N – 5	€
Commission brute du mois N – 6	€
Commission brute du mois N – 7	€
Commission brute du mois N – 8	€
Commission brute du mois N – 9	€
Commission brute du mois N – 10	€
Commission brute du mois N – 11	€
Commission brute du mois N – 12	€

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 les commissions totales : ___ , ___ %

La société mandante, certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.

Fait à : _____

Date : __ __ __ __ __ __ __ __

Cachet et signature (obligatoires) de la société mandante

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..