



AG2R LA MONDIALE

PRÉVOYANCE

DEMANDE DE PRESTATIONS

Arrêt de travail

Incapacité de travail

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

0 972 672 222
(appel non surtaxé)

DOCUMENT À
RETOURNER :

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 : _____

5 Branches Industries
alimentaires diverses
(3384)

Détaillants confiserie,
chocolaterie, biscuiterie
(3224)

Vins, cidre, jus de fruits,
sirop, spiritueux, liqueurs
de France (3029)

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 1^{er} jour de l'arrêt de travail : _____

Type d'arrêt de travail :

Nouvel arrêt Rechute

Motif de l'arrêt de travail

Maladie ou Accident de la vie privée Accident du travail ou Maladie professionnelle

Maternité Accident de trajet Avec hospitalisation

Date éventuelle de reprise totale du travail : _____

Date éventuelle de reprise en mi-temps thérapeutique : _____

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

S'agit-il du 1^{er} 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) : _____

