



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 :

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

- 5 Branches Industries  
alimentaires diverses  
(3092)
- Détaillants confiserie,  
chocolaterie, biscuiterie  
(3224)
- Vins, cidre, jus de fruits,  
sirop, spiritueux, liqueurs  
de France (3029)
- 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 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> arrêt au cours de l'année en cours ?  Oui  Non

S'agit-il du 1<sup>er</sup> 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) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

