



AG2R LA MONDIALE

PRÉVOYANCE

Arrêt de travail

DEMANDE DE PRESTATIONS

Maintien de salaire

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

Détaillants confiserie,
chocolaterie, biscuiterie
(3224)

5 Branches Industries
alimentaires diverses
(3384)

Commerce de détail et
de gros à prédominance
alimentaire (3305)

Entreprises de l'industrie
et des commerces en
gros des viandes (3179)

Industries charcutières
(3125)

Industries de la
transformation des
volailles (3111)

Industries produits
alimentaires élaborés
(3127)

Pâtes alimentaires (3294)

Restauration rapide
(3245)

*Veuillez préciser dans
« nature de l'arrêt » :
• 1 pour maladie ou accident
de la vie privée
• 2 pour accident de travail,
maladie professionnelle ou
accident du trajet

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^{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 _____ nature de l'arrêt* _____

Du _____ au _____ nature de l'arrêt* _____

Du _____ au _____ nature de l'arrêt* _____

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) : _____

ÉLÉMENTS DE CALCUL

Période à indemniser après déduction de la franchise applicable :

du au

Salaire de la période que le salarié aurait perçu

Salaire brut : € Salaire net : €

OU, si le salarié est mensualisé et qu'il n'y a pas de variation de salaire sur la période à indemniser :

Salaire mensuel que le salarié aurait perçu s'il avait travaillé à temps complet :

Salaire brut : € Salaire net : €

Taux de charges sociales salariales : %

En cas de reprise de travail à mi-temps autorisé par la Sécurité sociale, indiquer le salaire mensuel perçu à ce titre :

Salaire brut : € Salaire net : €

Montant des indemnités perçues au titre de tout autre régime de prévoyance (pour la seule quotité correspondant à la participation de l'employeur) :

Montant : € (ne concerne pas les indemnités journalières de la Sécurité sociale)

IMPORTANT - Tout dossier incomplet sera retourné pour complément de pièces ou de renseignements.

JUSTIFICATIFS À PRODUIRE

Dans tous les cas

- Relevé d'identité bancaire (RIB) de l'entreprise lors de la première demande ou en cas de modifications de données bancaires.
- Copies des décomptes des indemnités journalières versées par le régime de base : pour l'arrêt en cours depuis le début de celui-ci.
- Copies des bulletins de salaire pour la période déclarée si la rémunération mensuelle est supérieure à 3 500 €
- En cas de rechute, le certificat médical précisant la date d'arrêt de travail initial dont dépend la rechute.
- Attestation de salaire de la Sécurité sociale en cas de reprise à mi-temps thérapeutique et les décomptes correspondant à la période du mi-temps.

Suivant les termes du contrat

- En cas d'hospitalisation, le bulletin d'hospitalisation ou de situation indiquant les dates d'entrée et de sortie.

En cas de rupture du contrat de travail

- Copie de la pièce d'identité du salarié.
- Copie du certificat de travail et relevé d'identité bancaire du salarié.

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

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

Fait à :
Date :
Cachet et signature obligatoires de l'employeur

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, ces informations pourront, sauf opposition de votre part, être communiquées aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE et à leurs partenaires aux fins de vous informer de leurs offres de produits ou de services. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui vous concernent, sur simple courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des Risques - Conformité, 104-110 Bd Haussmann, 75379 PARIS CEDEX 08.