AG2R LA MONDIALE

PRÉVOYANCE — Arrêt de travail

DEMANDE DE PRESTATIONS

Mensualisation et / ou 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
Service prestations prévoyance
15, rue du Verdon
CS 10108
67024 STRASBOURG Cedex

- ☐ BORDEAUX
- ☐ CAP SUD
- ☐ CHARTRES
- ☐ GRENOBLE
- ☐ LILLE
- ☐ LYON
- ☐ MARSEILLE
- ☐ MONACO
- ☐ MONTHOLON
- ☐ RENNES
- ☐ SAINT DENIS
- ☑ STRASBOURG
- ☐ TOULOUSE
- ☐ LA VILLETTE

ENTREPRISE

CCN : _____
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 1er 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 1er arrêt au cours de l'année en cours ? ☐ Oui ☐ Non
S'agit-il du 1er 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) : _____

ÉLÉMENTS DE CALCUL

Veuillez remplir la grille des salaires figurant ci-dessous :

	Salaire brut	Salaire brut reconstitué
Salaire du mois N au cours duquel est survenu l'arrêt	€	€
Salaire du mois N – 1 (mois précédant 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	€	€
TOTAL	0.00 €	0.00 €

La définition du salaire de référence est celle mentionnée dans les documents contractuels. Si le salarié était en arrêt de travail au cours de toute ou partie de la période de référence, indiquez le salaire qu'il aurait perçu s'il avait normalement travaillé.

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.
- Copie du bulletin de salaire du mois précédant l'arrêt.
- 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.
- Si votre contrat prévoit des majorations (conjoint ou enfants à charge) : dans tous les cas, joindre une copie du dernier avis d'imposition et une copie du livret de famille à jour de toutes ses mentions marginales.

  Le cas échéant :
  - Copie de l'attestation de la carte vitale comportant les enfants relevant de la Sécurité sociale de l'un de leur parent ou une copie de l'attestation de la carte vitale en cas d'immatriculation personnelle.
  - Certificat(s) de scolarité ou d'apprentissage entre 16 et 20 ans
  - Copie de l'attestation de suivi d'études supérieures et un justificatif d'immatriculation au régime « Étudiants » de la Sécurité sociale entre 20 et 25 ans.

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.

082016-54432