AG2R LA MONDIALE

PRÉVOYANCE

Arrêt de travail

DEMANDE DE PRESTATIONS

Incapacité de travail

Convention collective nationale métropolitaine des entreprises de la maintenance, distribution et location de matériels agricoles, de travaux publics, de bâtiments, de manutention, de motoculture de plaisance et activités connexes, dite S.D.L.M. (3131)

RETOUR DU DOCUMENT :
AG2R LA MONDIALE
Centre de gestion collective
SDLM
TSA 31510
35015 RENNES
CEDEX

Pour toute question concernant la constitution de ce dossier, vous pouvez nous contacter au : 0 972 672 222 (appel non surtaxé)

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(s) :

Date de naissance :

N° de Sécurité sociale :

Adresse personnelle du salarié :

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, Mandataire social) :

☐ Plus de 150 heures ☐ Moins de 150 heures

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 premier jour de l'arrêt de travail :

Type d'arrêt de travail : ☐ Nouvel arrêt ☐ Rechute

Motif de l'arrêt de travail :

☐ Maladie / Accident de la vie privée ☐ Accident du travail / Maladie professionnelle

☐ Maternité ☐ Accident de trajet ☐ AVEC hospitalisation

Date éventuelle de reprise totale du travail :

Date éventuelle de reprise en mi-temps thérapeutique :

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

	Salaire brut	Salaire brut reconstitué
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	€	€
TOTAL	0,00 €	0,00 €

SALAIRE DE RÉFÉRENCE - Veuillez indiquer ci-dessus les salaires bruts et soumis à cotisation versés au salarié au cours des 12 mois précédant l'arrêt (si le salarié était en arrêt de travail au cours de l'un ou plusieurs de ces 12 mois, indiquez le salaire qu'il aurait perçu s'il avait normalement travaillé).

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 des 12 mois précédant l'arrêt, si le salarié est apprenti.
- Copies des bulletins de salaire des 12 mois précédant l'arrêt si la rémunération annuelle est supérieure à 42 000 €.
- 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.
- Pour les salariés n'effectuant pas le nombre d'heures nécessaires pour bénéficier des indemnités journalières des assurances sociales, le courrier de refus de prestation de la Sécurité sociale et les copies des avis d'arrêt de travail.
- Pour les arrêts de travail inférieurs à 3 jours fournir la copie lisible de l'avis d'arrêt de travail.

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 le 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.

042017-61352