



AG2R LA MONDIALE

PRÉVOYANCE

Arrêt de travail

DEMANDE DE PRESTATIONS

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

- Boulangerie artisanale
(3117)
- Commerce de détail et
de gros à prédominance
alimentaire (3305)
- Commerce de détail des
fruits et légumes (3244)
- Entreprises de l'industrie
et des commerces en
gros des viandes (3179)
- Exploitations frigorifiques
(3178)
- Industrie laitières (3124)
- Industries charcutières
(3125)
- Meunerie (3060)
- Œufs (3184)
- Pâtisserie Artisanale
(3215)
- Production des eaux
embouteillées (3247)
- Restauration rapide
(3245)
- Autre CCN

ENTREPRISE

Nom et adresse de l'employeur : _____
N° de SIRET : <input type="text"/> <input type="text"/>
N° de contrat prévoyance : <input type="text"/> <input type="text"/> P
Personne à contacter : _____ Téléphone : <input type="text"/>
E-mail : _____
Adresse de correspondance (si différente de l'adresse de l'employeur) : _____
Téléphone : <input type="text"/>

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

- Accident du travail Accident de trajet Maternité Avec hospitalisation
- Maladie **sans** ticket modérateur Maladie **avec** ticket modérateur
- Accident vie privée **inférieur** à 45 jours Accident vie privée **supérieur** à 45 jours

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) : _____

ÉLÉMENTS DE CALCUL

Veillez remplir la grille des salaires figurant ci-dessous :

	Salaire brut	Salaire net	Salaire brut reconstitué	Salaire net 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	€	€	€	€

SALAIRE DE RÉFÉRENCE - Salaire mensuel moyen brut, plafonné à la tranche B, perçu au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail, primes incluses.

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.

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.