

- Copie de la notification de prise en charge par tout autre organisme et les avis de paiements si tel est le cas.
- Copie du dernier avis d'imposition sur les revenus en cas de paiement au salarié.
- Relevé d'identité bancaire de l'entreprise adhérente ou du salarié en cas de rupture du contrat de travail.
- Copie de l'attestation de formation en cas d'inaptitude totale si tel est le cas.

CONDITIONS D'INDEMNISATION

Inaptitude partielle d'origine professionnelle ou non

- Justifier d'une ancienneté de 1 an dans l'entreprise.
- Être reconnu inapte par le médecin du travail à exercer son emploi.
- Être reclassé dans l'entreprise dans un autre emploi entraînant une diminution de salaire.

Inaptitude totale d'origine professionnelle ou non professionnelle

- Justifier d'une ancienneté de 5 ans dans la profession.
- Être âgé de 50 ans et plus.
- Être reconnu inapte totalement, quelle qu'en soit la cause, par le médecin du travail à exercer son emploi et être licencié.

DÉCLARATION DE SALAIRES

Veillez remplir la grille des salaires figurant ci-dessous : si le salarié était en arrêt de travail au cours de toute ou partie de la période ci-dessous, indiquez le salaire qu'il aurait perçu s'il avait normalement travaillé.

	Salaire brut
Salaire brut du mois N - 1 (mois précédant l'inaptitude)	€
Salaire brut du mois N - 2	€
Salaire brut du mois N - 3	€
Salaire brut du mois N - 4	€
Salaire brut du mois N - 5	€
Salaire brut du mois N - 6	€
Salaire brut du mois N - 7	€
Salaire brut du mois N - 8	€
Salaire brut du mois N - 9	€
Salaire brut du mois N - 10	€
Salaire brut du mois N - 11	€
Salaire brut du mois N - 12	€

En cas d'inaptitude PARTIELLE d'origine professionnelle ou non

Salaire brut mensuel du nouvel emploi (reclassement) : _____ €

En cas d'inaptitude TOTALE d'origine professionnelle ou non

Salaire brut mensuel du nouvel emploi : temps plein _____ €

temps partiel _____ €

Veillez préciser le taux de charge salariale hors CSG-RDS, sur tranche A : , %

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

Fait à : _____

Date : / /

Cachet et signature **obligatoires** de l'entreprise

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, les personnes concernées par ce traitement bénéficient d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui les concernent, sur simple courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des Risques - Conformité, 104-110 Bd Haussmann, 75379 PARIS Cedex 08.