



AG2R LA MONDIALE

PRÉVOYANCE

DEMANDE DE PRESTATIONS

Arrêt de travail

Convention collective nationale de l'optique-lunetterie de détail du 2 juin 1986

RETOUR DU DOCUMENT  
AG2R LA MONDIALE  
Centre de gestion  
485 avenue du Prado  
13412 MARSEILLE

POUR TOUTE QUESTION  
CONCERNANT  
LA CONSTITUTION DE  
CE DOSSIER,  
APPELEZ-NOUS AU :  
**0 972 672 222**  
(appel non surtaxé)

À REMPLIR ÉGALEMENT  
La grille des salaires au dos  
du présent document

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GÉNÉRAL

Raison sociale de l'employeur : \_\_\_\_\_  
N° de SIRET : \_\_\_\_\_  
N° : \_\_\_\_\_ Complément (zone, étage, immeuble, bât.): \_\_\_\_\_  
Rue / voie : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Personne à contacter : \_\_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_  
N° de contrat Prévoyance : \_\_\_\_\_  
N° de catégorie au contrat à laquelle appartient l'assuré : \_\_\_\_\_

SALARIÉ CONCERNÉ PAR LA DÉCLARATION

NOM d'usage : \_\_\_\_\_  
NOM de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
N° de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
Date d'entrée dans l'entreprise : \_\_\_\_\_  
Date d'entrée dans la profession : \_\_\_\_\_  à temps complet  
 temps partiel à \_\_\_\_\_ %  
Si rupture du contrat de travail, date de rupture : \_\_\_\_\_

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ARRÊT DE TRAVAIL

Date de l'arrêt de travail : \_\_\_\_\_  
l'arrêt a-t-il été indemnisé par la Sécurité sociale ?  OUI  NON  
Date éventuelle de reprise totale du travail : \_\_\_\_\_ et / ou date de reprise du travail en  
mi-temps thérapeutique : \_\_\_\_\_

Origine de l'arrêt

Maladie de la vie privée  Accident de la vie privée  
 Maladie professionnelle  Accident du travail  
S'agit-il du 1er arrêt au cours des 12 derniers mois ?  OUI  NON  
Si l'arrêt de travail est consécutif à un accident : a-t-il été causé par un tiers ?  OUI  NON  
Si OUI, indiquez les nom et adresse du tiers et de sa compagnie d'assurances et le numéro de dossier  
auprès de celle-ci (si connus) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'arrêt de travail a-t-il fait l'objet d'une indemnisation dans le cadre d'une garantie maintien de salaire ?  
 OUI  NON. Si OUI, merci d'indiquer le dernier jour indemnisé au titre de la garantie maintien de  
salaire : \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIFS À PRODUIRE

Dans tous les cas

- Copie de l'ensemble des bordereaux d'indemnités journalières depuis le début de l'arrêt.
- Notification de paiement de la rente invalidité par la Sécurité sociale, en cas d'invalidité.
- Bulletin de salaire du mois qui précède l'arrêt.
- Attestation de salaire de la Sécurité sociale en cas de reprise à mi-temps thérapeutique,
- Relevé d'identité bancaire de votre établissement, pour un premier enregistrement ou en cas de modification des données bancaires.
- Copie de la notification de paiement de la rente invalidité par la Sécurité sociale, en cas d'invalidité.



## IMPORTANT

Les périodes d'absences non rémunérées prises en compte sont l'arrêt de travail pour maladie, accident, maternité, paternité ou les suspensions de contrat de travail non rémunérées ou non indemnisées au moins pour partie par l'employeur.

## En cas de rupture du contrat de travail

- Photocopie du certificat de travail.
- Relevé d'identité bancaire de l'assuré.

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

## DÉCLARATION DE SALAIRES

Veuillez 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	Périodes d'absences non rémunérées	Salaire brut total qu'aurait perçu l'intéressé(e) pour le mois en cours s'il n'y avait pas eu d'absence non rémunéré
Salaire brut du mois N - 1 (mois précédant l'arrêt)	€ Du _____ au _____		€
Salaire brut du mois N - 2	€ Du _____ au _____		€
Salaire brut du mois N - 3	€ Du _____ au _____		€
Salaire brut du mois N - 4	€ Du _____ au _____		€
Salaire brut du mois N - 5	€ Du _____ au _____		€
Salaire brut du mois N - 6	€ Du _____ au _____		€
Salaire brut du mois N - 7	€ Du _____ au _____		€
Salaire brut du mois N - 8	€ Du _____ au _____		€
Salaire brut du mois N - 9	€ Du _____ au _____		€
Salaire brut du mois N - 10	€ Du _____ au _____		€
Salaire brut du mois N - 11	€ Du _____ au _____		€
Salaire brut du mois N - 12	€ Du _____ au _____		€

EXEMPLE : POUR UN ARRÊT SURVENU EN JUIN 2012 : INDIQUER SUR LA LIGNE « MOIS N » LE SALAIRE DE JUIN 2012, SUR LA LIGNE SUIVANTE « MOIS N - 1 » LE SALAIRE DE MAI 2012, ETC...

## Taux de charges salariales hors CSG-RDS

Sur tranche A : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ %  
Sur tranche B : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ %  
Sur salaire total : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ %

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