



AG2R LA MONDIALE

## PRÉVOYANCE

Temps partiel  
pour raison de  
santé  
Temps partiel  
pour handicap

# DEMANDE DE PRESTATIONS

Personnels enseignants et de documentation  
rémunérés par l'État

**RETOUR DU DOCUMENT**  
**AG2R LA MONDIALE**  
Centre de gestion  
Prestations prévoyance  
TSA 31510  
35015 RENNES CEDEX

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

### ÉTABLISSEMENT

Nom et adresse de l'établissement :	_____
N° de SIRET :	_____
N° de contrat Prévoyance :	_____ P
Personne à contacter :	_____
E-mail :	_____
Adresse de correspondance (si différente de l'adresse de l'établissement) :	_____
Téléphone :	_____

### SALARIÉ CONCERNÉ PAR LA DÉCLARATION

Nom d'usage :	_____
Nom de naissance :	_____
Prénom(s) :	_____
Date de naissance :	_____
N° de Sécurité sociale :	_____
Adresse :	_____
Code postal :	_____
Ville :	_____

### Catégorie de personnel (cf. contrat)

- O2A : Enseignant régime de la fonction publique  
 O2B : Enseignant régime général Assurances sociales

Date d'entrée dans l'établissement :	_____
En cas de rupture du contrat de travail : Date de sortie :	_____
Motif :	_____

### ARRÊT DE TRAVAIL

Date du 1 <sup>er</sup> jour de l'arrêt de travail :	_____
Date éventuelle de reprise totale du travail :	_____

### Type d'arrêt de travail

Temps partiel pour :  Raison de santé  Handicap

Information complémentaire sur la situation de l'enseignant :

Cet arrêt est-il indemnisé par la Sécurité sociale ?  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 le nom et l'adresse du tiers, sa compagnie d'assurance et le numéro de dossier auprès de celle-ci (si connu) : \_\_\_\_\_

## INFORMATION COMPLÉMENTAIRE SUR LA SITUATION DE L'ENSEIGNANT

### L'ASSURÉ EST-IL DANS L'UNE DES SITUATIONS SUIVANTES

(cocher la case correspondant à sa situation)

OUI

NON

En cumul avec un autre emploi ?		
Titulaire d'une pension d'invalidité ou d'incapacité de travail (régime de base et organismes assureurs)		
Bénéficiaire d'une prestation pour handicap		

Son échelon/indice : [ ] - [ ] et le temps mensuel contractuel : [ ]

## SALAIRE DE L'ENSEIGNANT

TRAITEMENT BRUT DE BASE	INDEMNITÉ DE RÉSIDENCE	SUPPLÉMENT FAMILIAL	ISOE PART FIXE	INDEMNITÉS AUTRES (libellé à préciser)

### JUSTIFICATIFS À PRODUIRE

#### Handicap

Si vous percevez une prestation au titre de votre handicap, ou une pension d'invalidité ou d'incapacité physique permanente, ou une prévoyance complémentaire merci de joindre les justificatifs des montants alloués, et leur périodicité de versement.

- copie du document émis par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), attestant à l'assuré, sa qualité de travailleur handicapé, postérieurement à son entrée en service dans l'un des établissements relevant du champ d'application de la convention du 28 juin 2012;
- certificat médical établi par un médecin agréé au sens du décret n°86-442 du 14 mars 1986, précisant l'impossibilité pour l'assuré de reprendre ou de poursuivre son activité exercée au moment du sinistre sur la même quotité horaire ; il devra en outre préconiser la quotité horaire de travail à effectuer quelle que soit la quotité sollicitée par l'assuré ;
- copie de l'arrêté du temps partiel pour handicap, précisant les dates d'effet, la quotité horaire travaillée (qui ne peut être inférieure à 50 % d'un temps complet) et la quotité horaire rémunérée si différente. (Ce document est à présenter pour chaque année scolaire, ou en cours d'année si changement de quotité de travail).

#### Raison de santé

- pour une première demande sur une année scolaire complète ou un renouvellement, un certificat médical établi par un médecin agréé au sens du décret n°86-442 du 14 mars 1986, précisant l'impossibilité pour l'assuré de reprendre ou de poursuivre son activité exercée au moment du sinistre sur la même quotité horaire ; il devra en outre préconiser la quotité horaire de travail à effectuer quelle que soit la quotité sollicitée par l'assuré ; (document à renouveler tous les ans) ;
- copie de l'arrêté du temps partiel pour raison de santé, précisant les dates d'effet, la quotité horaire travaillée (qui ne peut être inférieure à 50 % d'un temps complet) et la quotité horaire rémunérée si différente. (Ce document est à présenter pour chaque année scolaire, ou en cours d'année si changement de quotité de travail).
- pour une demande en cours d'année scolaire, un certificat médical attestant de l'impossibilité de reprendre ou de poursuivre l'activité exercée au moment du sinistre sur la même quotité horaire. Il devra être précisé la quotité de travail à effectuer. (Pour un renouvellement, se conformer au paragraphe précédent).

#### Justificatifs communs aux deux prestations

- copie de la fiche de paie du mois précédant la date d'effet du temps partiel et celle du mois à indemniser ;
- relevé d'identité bancaire de l'assuré
- copie des décomptes de paiements attestant des montants alloués par d'autres organismes au titre de votre handicap, invalidité, incapacité permanente, ou prévoyance complémentaire.

NB : Nous vous précisons que suite à l'examen du dossier, des pièces complémentaires pourront vous être demandées.

## ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

L'établissement soussigné, certifie l'exactitude des renseignements portés sur le présent document

Fait à : _____
Date : [ ]
Cachet et signature <b>obligatoires</b> 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.