

GRILLE DES SALAIRES (Salaires reconstitués en cas de maladie)

Veuillez remplir la grille des salaires figurant ci-dessous :

MOIS	SALAIRE DE BASE	PRIME ANCIENNETÉ	PRIME MENSUELLE	PRIME EXCEPTIONNELLE	SALAIRE BRUT
Salaires du mois N - 1*	€	€	€	€	€
Salaires du mois N - 2	€	€	€	€	€
Salaires du mois N - 3	€	€	€	€	€
Salaires du mois N - 4	€	€	€	€	€
Salaires du mois N - 5	€	€	€	€	€
Salaires du mois N - 6	€	€	€	€	€
Salaires du mois N - 7	€	€	€	€	€
Salaires du mois N - 8	€	€	€	€	€
Salaires du mois N - 9	€	€	€	€	€
Salaires du mois N - 10	€	€	€	€	€
Salaires du mois N - 11	€	€	€	€	€
Salaires du mois N - 12	€	€	€	€	€
Salaires du mois N - 13	€	€	€	€	€
TOTAL	€	€	€	€	€

* Mois précédents le mois de départ

En cas d'absence, indiquez la cause de l'absence :

L'indemnité devra être réglée, par vos soins, au salarié avant d'en demander le remboursement auprès de notre organisme.

JUSTIFICATIFS À PRODUIRE

Dans tous les cas, les photocopies :

- des bulletins de salaire des 12 mois qui précèdent le mois de départ
- du bulletin de salaire sur lequel figure l'indemnité versée
- des certificats de travail dans la profession y compris le dernier employeur
- du détail des calculs de l'indemnité versée
- relevé d'identité bancaire (RIB) de l'employeur pour un règlement par virement

En cas de départ à la retraite :

- document de la caisse vieillesse intitulé «accusé de réception de la demande»
- lettre du salarié dans laquelle il motive son départ à la retraite
- avant l'âge légal, photocopie de la lettre de l'employeur demandant le départ à la retraite et l'accord du salarié
- après l'âge légal, photocopie de la lettre de l'employeur demandant le départ à la retraite

En cas de licenciement

- lettre de licenciement signée par l'employeur
- si le licenciement est d'origine non professionnelle, une attestation dûment établie par le médecin du travail
- en cas de licenciement pour motif économique accompagné d'un dispositif de préretraite, les justificatifs Pôle emploi
- si le licenciement est d'origine professionnelle, la notification Sécurité sociale de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle

IMPORTANT : suite à l'examen du dossier, des pièces complémentaires pourront être demandées.

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

Fait à _____ le _____

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

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.