

DEMANDE DE PRESTATIONS

Maintien de salaire, incapacité de travail, invalidité.

Convention collective nationale du Sport du 7 juillet 2005

Pour toute question concernant la constitution de ce dossier, appelez-nous au :

0 972 67 22 22

(appel non surtaxé)

**RETOUR DU
DOCUMENT**

À votre centre de gestion.

AG2R LA MONDIALE

Service concurrentiel

TSA 18672

38066 GRENOBLE CEDEX 2

**À REMPLIR
ÉGALEMENT**

La grille des salaires au dos du présent document.

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GÉNÉRAL

Nom et adresse de l'entreprise ou de l'association: _____

Personne à contacter: _____

E-mail: _____

Téléphone: _____ Fax: _____

N° de contrat Prévoyance: _____ Catégorie: _____

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: _____ à temps complet

temps partiel à _____%

Date d'entrée dans la profession: _____

Le salarié a-t-il plusieurs employeurs? OUI NON

Date éventuelle de rupture du contrat de travail: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ARRÊT DE TRAVAIL

Date de l'arrêt de travail: _____

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 Accident du trajet

Maladie professionnelle Accident du travail

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):

Cet arrêt est-il indemnisé par la Sécurité sociale? OUI NON

Cet arrêt a-t-il fait l'objet d'un maintien de salaire? OUI NON

Si OUI, date de fin de maintien de salaire: _____

S'agit-il du premier arrêt au cours de l'année en cours? OUI NON

S'agit-il du premier arrêt au cours des 12 derniers mois? OUI NON

JUSTIFICATIFS À PRODUIRE

- Photocopies des bulletins de salaire des 3 mois civils précédant l'arrêt de travail.
- Photocopies des décomptes de la Sécurité sociale justifiant le versement des indemnités journalières depuis l'arrêt de travail initial, à défaut, l'arrêt de travail signé par le médecin traitant et l'attestation de non prise en charge émanant de la Sécurité sociale.

Le cas échéant

Si l'assuré exerce une activité à temps partiel

- Copie des bulletins de salaire des mois à indemniser.

Si rupture du contrat de travail

SALAIRE DE RÉFÉRENCE

Le salaire mensuel moyen brut, plafonné à la tranche B, perçu au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail, primes incluses.

Indiquez le salaire qu'il aurait perçu s'il avait normalement travaillé.

IMPORTANT

Tout dossier incomplet sera retourné pour complément de pièces ou de renseignements.

- Photocopie du certificat de travail.
- RIB de votre établissement, pour un 1^{er} enregistrement ou en cas de modification des données bancaires.

Pour l'invalidité

- Notification d'attribution de la rente d'invalidité ou d'incapacité professionnelle délivrée par la Sécurité sociale,
- Justificatifs de paiement de la pension Sécurité sociale, relatifs aux périodes indemnisées à compter de la date de mise en invalidité ou incapacité.

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

DÉCLARATION DE SALAIRES

Veillez remplir la grille des salaires figurant ci-dessous (salaires soumis à cotisations durant les 12 mois civils précédant l'arrêt de travail).

Salaires⁽¹⁾

Mois	Salaire brut	Net imposable
Janvier	€	€
Février	€	€
Mars	€	€
Avril	€	€
Mai	€	€
Juin	€	€
Juillet	€	€
Août	€	€
Septembre	€	€
Octobre	€	€
Novembre	€	€
Décembre	€	€
Total	€	€

(1) JOINDRE IMPÉRATIVEMENT LA COPIE DES BULLETINS DE SALAIRE DES 3 MOIS QUI PRÉCÈDENT L'ARRÊT DE TRAVAIL. ON ENTEND PAR SALAIRE NET, LE SALAIRE NET IMPOSABLE DÉDUCTION FAITE DE LA CSG ET CRDS NON DÉDUCTIBLE.

Salaires reconstitués⁽²⁾ et motifs de l'absence

Mois	Salaire brut	Net imposable	Motif
Janvier	€	€	
Février	€	€	
Mars	€	€	
Avril	€	€	
Mai	€	€	
Juin	€	€	
Juillet	€	€	
Août	€	€	
Septembre	€	€	
Octobre	€	€	
Novembre	€	€	
Décembre	€	€	
Total	€	€	

(2) SI L'ASSURÉ A ÉTÉ PARTIELLEMENT ABSENT DURANT LES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ARRÊT DE TRAVAIL POUR MALADIE, INDIQUEZ LES SALAIRES QU'IL AURAIT PERÇUS S'IL AVAIT TRAVAILLÉ À TEMPS COMPLET.

QUELQUES CONSEILS

Afin de nous permettre de traiter votre demande dans les meilleurs délais, assurez-vous que cet imprimé est correctement complété et que toutes les pièces requises sont jointes, avant de nous l'adresser. En cas de prolongation d'un arrêt de travail ayant déjà fait l'objet d'une demande d'indemnités journalières, il vous suffit de nous adresser la photocopie des décomptes de la Sécurité sociale concernant la période complémentaire à indemniser, en précisant :

- votre raison sociale et la mention « Sport »,
- si votre salarié a repris ou non son travail, et si oui la date exacte de la reprise d'activité.

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.