

Demande de prestations

Arrêt de travail

Convention collective nationale des Entreprises de prévention et sécurité

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

0 969 67 2222

(appel non surtaxé)

RETOUR DU DOCUMENT

AG2R LA MONDIALE

Prestations prévoyance

TSA 31510

35015 RENNES CEDEX

À REMPLIR ÉGALEMENT

[La grille des salaires au dos du présent document.](#)

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GÉNÉRAL

Nom et adresse de l'employeur : _____

Personne à contacter : _____

E-mail : _____

Téléphone : _____

N° de contrat AG2R Prévoyance : _____

SALARIÉ CONCERNÉ PAR LA DÉCLARATION

NOM d'usage : _____

NOM de naissance : _____

Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Date de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Le salarié relève de la catégorie : Non cadre Agent de maîtrise Cadre

S'agit-il d'une personne effectuant moins de 200 heures par trimestre ? OUI NON

Date d'entrée dans l'entreprise : _____

Le salarié justifie d'une ancienneté continue ou discontinue de 6 mois dans la profession au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail : OUI NON

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

Si rupture du contrat de travail, date de rupture : _____

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

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 des 12 derniers mois ? OUI NON

Si NON, périodes d'arrêt antérieures : du _____ au _____

du _____ au _____

du _____ au _____

du _____ au _____

JUSTIFICATIFS À PRODUIRE

Salarié indemnisé par la Sécurité sociale

- Copie de l'ensemble des bordereaux d'indemnités journalières depuis le début de l'arrêt.
- En cas de rechute, un certificat médical attestant qu'il s'agit de la même affection ainsi que l'avis d'arrêt de travail.
- En cas d'invalidité, la notification d'attribution de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale.



AG2R LA MONDIALE

AG2R PRÉVOYANCE, MEMBRE DU GROUPE AG2R LA MONDIALE - INSTITUTION DE PRÉVOYANCE RÉGIE PAR LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE - 35 BOULEVARD BRUNE 75014 PARIS - MEMBRE DU GIE AG2R.

IMPORTANT

Ne renseigner que les éléments de salaire et la période définis par le salaire de référence de votre contrat.

Salarié non indemnisé par la Sécurité sociale

- Certificats médicaux.
- Double de l'arrêt de travail.
- Notification de refus d'indemnisation par la Sécurité sociale et éventuellement avis de prolongation d'arrêt délivré par le médecin traitant.

Quelle que soit la situation du salarié (effectuant plus ou moins de 200 heures par trimestre)

- Copie du bulletin de salaire du mois qui précède l'arrêt de travail.

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

PARTIE À REMPLIR EN CAS D'INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE

Date de l'accident de travail:

Taux d'incapacité retenu par la Sécurité sociale: %

Date de consolidation retenue par la Sécurité sociale:

Justificatifs à produire

- Notification de rente accident du travail de la Sécurité sociale (1^{er} envoi).

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 sans prime au cours duquel est survenu l'arrêt: Mois N (mois d'arrêt)	€
Salaire brut du mois N - 1 (mois précédant l'arrêt)	€
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	€
Total	€

Veillez préciser les 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: <input type="text"/>
Cachet et signature de l'employeur

Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre demande par AG2R 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.