

# 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<sup>er</sup> envoi).

### 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
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	€
<b>Total</b>	<b>€</b>

Veuillez 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.