ARPEGE PRÉVOYANCE
STAM-EC
Membre du groupe AG2R LA MONDIALE

Certificat de REPRISE DE TRAVAIL

à retourner au SERVICE PREVOYANCE « INCAPACITE »
dès la reprise du travail de l'assuré (e)

N° Adhérent : |__|__| |__|__|__| |__|__| |__|

NOM – Prénom de l'assuré (e) : .....

N° de S.S. de l'assuré(e) : |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__|

Date de l'arrêt de travail : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Date du dernier jour d'arrêt de travail **:** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Date de la dernière indemnisation par la Sécurité Sociale : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Reprise du travail le : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

- à temps plein oui ❒ non ❒

- en mi-temps thérapeutique du : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

dans le cas d'un mi-temps thérapeutique, **veuillez nous demander un formulaire pour mi-temps thérapeutique. Ce formulaire devra être accompagné de la copie de la fiche de paie et des décomptes d'indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale pour le mois concerné**.
(une attestation **par mois** de mi-temps thérapeutique)

Certifié exact le : .....

Cachet de l'employeur

A retourner complété à votre Centre de gestion :

143, Avenue Aristide Briand - B.P. 2439 - 68067 MULHOUSE CEDEX - Tél. 03 89 56 87 98
Mail : prevoyance68@ag2rlamondiale.fr

2, rue de Reutenbourg – 67922 STRASBOURG CEDEX 9 – Tél. 03 90 22 84 93
Mail : prevoyance67@ag2rlamondiale.fr