

Demande de prestations

CCN des Entreprises de l'Industrie et des commerces en gros de viandes [n° 3179]

Inaptitude partielle ou totale d'origine professionnelle ou non professionnelle

Pour toute question concernant la constitution de ce dossier, appelez-nous au :
0 972 672 222 (appel non surtaxé)

Retour du document : AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1

Entreprise

Nom et adresse de l'employeur : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

N° de SIRET : _____

Adresse de correspondance (si différente de l'adresse de
l'employeur) : _____

N° de contrat Prévoyance : _____ P

Personne à contacter : _____

Téléphone : _____

Salarié concerné par la déclaration

Nom d'usage : _____

Adresse : _____

Nom de naissance : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Prénoms : _____

Téléphone : _____

Commune de naissance : _____

E-mail : _____

Département de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Pays de naissance : _____

Date d'entrée dans l'entreprise : _____

Inaptitude partielle d'origine professionnelle ou non

Date de l'inaptitude : _____

Autres ressources

Date du reclassement : _____

☐ Invalidité, rente accident de travail

☐ Autres : préciser : _____

Inaptitude totale d'origine professionnelle ou non

Date de l'inaptitude : _____

Autres ressources

Rupture du contrat de travail

Date de sortie : _____

☐ France Travail

☐ Invalidité, rente accident de travail

☐ Autres : préciser : _____

Pièces indispensables au traitement du dossier

- Copie du certificat de travail permettant de justifier d'une ancienneté minimum de :
 - 1 an dans l'entreprise pour inaptitude partielle
 - 1 an dans la profession pour inaptitude totale
- Copie des 2 fiches médicales d'inaptitudes partielle ou totale établies par la médecine du travail.
- En cas de reclassement, la copie de l'avenant au contrat de travail et la copie des bulletins de salaires depuis la date du reclassement.
- En cas de licenciement, la copie de la lettre de licenciement et d'impossibilité de reclassement au sein de l'entreprise.
- Copie des décomptes d'indemnités journalières pour l'arrêt de travail ayant conduit à l'inaptitude partielle ou totale.

- Copies de la notification de prise en charge en invalidité, rente accident du travail, France Travail et les avis de paiements si tel est le cas.
- Copie de la notification de prise en charge par tout autre organisme et les avis de paiements si tel est le cas.
- Copie du dernier avis d'imposition sur les revenus en cas de paiement au salarié.
- Relevé d'identité bancaire de l'entreprise adhérente ou du salarié en cas de rupture du contrat de travail.
- Copie de l'attestation de formation en cas d'inaptitude totale si tel est le cas.

Conditions d'indemnisation

Inaptitude partielle d'origine professionnelle ou non

- Justifier d'une ancienneté de 1 an dans l'entreprise.
- Être reconnu inapte par le médecin du travail à exercer son emploi.
- Être reclassé dans l'entreprise dans un autre emploi entraînant une diminution de salaire.

Inaptitude totale d'origine professionnelle ou non professionnelle

- Justifier d'une ancienneté d'1 an dans la profession
- Être reconnu inapte totalement, quelle qu'en soit la cause, par le médecin du travail à exercer son emploi et être licencié.

Déclaration de salaires

Veuillez remplir obligatoirement 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 de référence : Soit le salaire des 12 mois précédant l'inaptitude soit le salaire des 12 mois précédant l'arrêt de travail si l'inaptitude est précédée d'un arrêt de travail.

	Salaire brut
Salaire brut du mois N - 1	_____ €
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	_____ €

En cas d'inaptitude PARTIELLE d'origine professionnelle ou non

Salaire brut mensuel du nouvel emploi (reclassement) :

_____ €

En cas d'inaptitude TOTALE d'origine professionnelle ou non

Salaire brut mensuel du nouvel emploi :

☐ temps plein _____ €

☐ temps partiel _____ €

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

Fait à : _____

Date : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Cachet et signature obligatoires de l'entreprise