

Demande de prestations

Arrêt de travail – Incapacité de travail

CCN Métropolitaine des entreprises de la maintenance, distribution et location de matériels agricoles, de travaux publics, de bâtiments, de manutention, de motoculture de plaisance et activités connexes, dite S. D. L. M. (3131)

Pour toute question concernant la constitution de ce dossier, appelez-nous au : 0972 672 222 (appel non surtaxé)

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

Entreprise

Nom de l'employeur : _____

Adresse de l'employeur : _____

N° de SIRET : _____

N° de contrat Prévoyance : _____ P

E-mail : _____

Téléphone : _____

Personne à contacter : _____

Salarié concerné par la déclaration

N° de Sécurité sociale : _____

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

Commune de naissance : _____

Département de naissance : _____

Pays de naissance : _____

Adresse personnelle du salarié : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Catégorie d'emploi

☐ Non cadre* ☐ Cadre* ☐ Apprenti ☐ VRP

*(Précisez la catégorie: Ouvrier, Employé, Agent de maîtrise non article 36, Agent de maîtrise article 36, Mandataire social) : _____

☐ Plus de 150 heures ☐ Moins de 150 heures

Date d'entrée dans l'entreprise : _____

Date d'entrée dans la profession : _____

En cas de rupture du contrat de travail : Date de sortie : _____

Arrêt de travail

Date du premier jour de l'arrêt de travail* : _____

*En cas d'accident du travail, merci de le déclarer le lendemain du jour de l'accident

Date éventuelle de reprise totale du travail : _____

Date éventuelle de reprise en mi-temps thérapeutique : _____

Motif de l'arrêt de travail

☐ Maladie ou accident de la vie privée

☐ Accident de travail ou maladie professionnelle

☐ Nouvel arrêt ☐ Rechute

Si rechute, date d'arrêt de travail initial : _____

ALD : ☐ Oui ☐ Non

Si l'arrêt de travail est consécutif à un accident : a-t-il été causé par un tiers ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez le nom et adresse du tiers et de sa compagnie d'assurance et le numéro de dossier auprès de celle-ci (si connu) : _____

Cet arrêt est-il indemnisé par la MSA : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre la copie de la totalité des décomptes de paiement des indemnités journalières versées depuis le début de l'arrêt de travail.

Éléments de calcul

	Salaire brut	Salaire brut reconstitué (si absence maladie ou accident du travail)	Motif de reconstitution
Salaire du mois N - 1 (mois précédant l'arrêt)	_____ €	_____ €	
Salaire du mois N - 2	_____ €	_____ €	
Salaire du mois N - 3	_____ €	_____ €	
Salaire du mois N - 4	_____ €	_____ €	
Salaire du mois N - 5	_____ €	_____ €	
Salaire du mois N - 6	_____ €	_____ €	
Salaire du mois N - 7	_____ €	_____ €	
Salaire du mois N - 8	_____ €	_____ €	
Salaire du mois N - 9	_____ €	_____ €	
Salaire du mois N - 10	_____ €	_____ €	
Salaire du mois N - 11	_____ €	_____ €	
Salaire du mois N - 12	_____ €	_____ €	
Total	_____ 0,00 €	_____ 0,00 €	

Salaire de référence

Veuillez indiquer ci-dessus les salaires bruts et soumis à cotisation versés au salarié au cours des 12 mois précédant l'arrêt (si le salarié était en arrêt de travail au cours de l'un ou plusieurs de ces 12 mois, indiquez le salaire qu'il aurait perçu s'il avait normalement travaillé).

Justificatifs à produire

Dans tous les cas

- Relevé d'identité bancaire (RIB) de l'entreprise lors de la première demande ou en cas de modifications de données bancaires.
- Uniquement si le salarié relève de la MSA ou en cas de rechute : copies des décomptes des indemnités journalières versées par le régime de base : pour l'arrêt en cours depuis le début de celui-ci.
- En cas de rechute, le certificat médical précisant la date d'arrêt de travail initial dont dépend la rechute.
- Uniquement si le salarié relève de la MSA ou en cas de rechute : attestation de salaire de la Sécurité sociale en cas de reprise à mi-temps thérapeutique et les décomptes correspondant à la période du mi-temps.
- Pour les salariés n'effectuant pas le nombre d'heures nécessaires pour bénéficier des indemnités journalières des assurances sociales, le courrier de refus de prestation de la Sécurité sociale et les copies des avis d'arrêt de travail.

- Pour les arrêts de travail inférieurs à 4 jours fournir la copie lisible de l'avis d'arrêt de travail, le bulletin d'hospitalisation ou de situation indiquant les dates d'entrée et de sortie.

En cas de rupture du contrat de travail

- Copie de la pièce d'identité du salarié.
- Copie du certificat de travail et le relevé d'identité bancaire du salarié.

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

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

Fait à : _____

Date : _____

Cachet et signature obligatoires de l'employeur