

Demande de prestations

Arrêt de travail

CCN de la Branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD) du 21 mai 2010

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 et adresse de l'employeur : _____

N° de SIRET : _____

N° de contrat Prévoyance : _____ P

Personne à contacter : _____

E-mail : _____

Téléphone : _____

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

Catégorie de personnel

☐ Non cadre (010) ☐ Cadre (020)

Salarié concerné par la déclaration

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

Commune de naissance : _____

Département de naissance : _____

Pays de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

E-mail : _____

Téléphone : _____

Catégorie d'emploi

☐ Non Cadre* ☐ Cadre*

* Précisez la catégorie : ☐ Apprenti ☐ Ouvrier ☐ Employé

☐ Agent de maîtrise non article 36 ☐ Agent de maîtrise article 36

☐ VRP ☐ VRP Cotisant à l'IR-VRP

Nombre d'heures effectuées par le salarié :

☐ 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 : _____

- Motif : _____

Arrêt de travail

Date du 1^{er} jour de l'arrêt de travail : _____

☐ Nouvel arrêt ☐ Rechute

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

ALD : ☐ OUI ☐ NON

Motif de l'arrêt de travail

☐ Maladie de la vie privée

☐ Accident de la vie privée

☐ Maladie professionnelle

☐ Accident du travail

L'arrêt a-t-il été indemnisé par la Sécurité sociale ? ☐ OUI ☐ NON

Date éventuelle de reprise totale du travail : _____

Date éventuelle de reprise du travail en mi-temps

thérapeutique : _____

Cet arrêt de travail a-t-il fait l'objet d'un maintien de salaire ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, date fin de maintien de salaire : _____

S'agit-il du premier arrêt de l'année en cours ? ☐ OUI ☐ NON

Au cours des 12 derniers mois ? ☐ OUI ☐ NON

Si NON, périodes d'arrêt antérieures :

Du _____ au _____

Nature de l'arrêt* : _____

Du _____ au _____

Nature de l'arrêt* : _____

Du _____ au _____

Nature de l'arrêt* : _____

* Veuillez préciser dans « nature » :

- AM pour maladie ou accident de la vie privée

- AT/MP pour accident de travail, maladie professionnelle ou accident du trajet

Recours contre tiers

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) : _____

Informations complémentaires

☐ Multi-employeurs

☐ Maternité, prénatale, postnatale, paternité

du _____ au _____

☐ Congé parental

du _____ au _____

Justificatifs à produire selon la situation

Obligatoire

- Un relevé d'identité bancaire (RIB) de l'entreprise sur lequel seront versées les indemnités journalières.

Si le salarié ne relève pas du régime général de la Sécurité sociale

- Copie de la totalité des décomptes de paiement des indemnités journalières versées par le régime de base depuis le début de l'arrêt de travail.

En cas de rechute

- La copie du certificat médical attestant que le nouvel arrêt est en lien avec une pathologie ayant déjà donné lieu à un arrêt de travail initial, avec précision de la date de cet arrêt initial, sans précision de la pathologie.

En cas de reprise à mi-temps thérapeutique

- Attestation de salaire de la Sécurité sociale et copie des décomptes correspondant à la période du mi-temps.

Si le salarié effectue moins de 150 heures par trimestre

- Copie de refus d'indemnisation du régime de base et la copie des avis d'arrêts de travail

Si votre contrat prévoit des majorations pour conjoint ou enfants à charge

- Copie du dernier avis d'imposition du salarié.
- Copie du livret de famille à jour de toutes ses mentions marginales.
- Photocopies de l'attestation jointe à votre carte Vitale et celle de chaque enfant à charge, assuré social en son nom propre.
- Certificat(s) de scolarité ou d'apprentissage entre 16 et 20 ans ou copie de l'attestation de suivi d'études supérieures.

En cas de rupture du contrat de travail

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

Rappel

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

Déclaration de salaires

Veuillez remplir obligatoirement la grille des salaires figurant ci-dessous

	Salaire de base	L'assuré(e) a été absent(e) pendant la période de référence	Motif de reconstitution
	Montant du salaire brut	Salaire brut reconstitué ou rétabli	
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	€	€	

Important

Le salaire reconstitué ou rétabli correspond au salaire que le salarié aurait perçu s'il avait normalement travaillé.

Les primes et heures de modulations sont à inclure dans le montant du salaire brut.

Ne pas inclure :

- Congé parental
- Congé sans solde
- Chômage partiel ou technique

Salaire de référence

Moyenne des salaires bruts des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail.

Vos données à caractère personnel sont traitées par votre organisme d'assurance ou fonds de retraite professionnelle supplémentaire membre du GIE AG2R ou du GIE LA MONDIALE GROUPE, à des fins de passation, gestion et exécution de votre contrat. Vous disposez notamment d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données qui peuvent être exercés

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

Fait à : _____										
Date : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Cachet ou signature obligatoire de l'employeur										

en s'adressant au Data Protection Officer (DPO) via nos formulaires en ligne, par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr, ou par courrier à AG2R LA MONDIALE 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex. Pour en savoir plus : <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>