

Demande de remboursement

Mensualisation

Union nationale des industries françaises de l'ameublement (UNIFA)

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 : _____

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) : _____

Salarié concerné par la déclaration☐ Monsieur ☐ Madame

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

Département de naissance : _____

Commune de naissance : _____

Pays de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____

Téléphone : _____

Catégorie d'emploi☐ Agent de production ☐ Etam ☐ Cadre

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 travailDate 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 ou accident de la vie privée☐ Accident du travail ou maladie professionnelle☐ Accident de trajet☐ Avec hospitalisation

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 ☐ NONAu 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) :

Éléments de calculs

Salaire brut mensuel qui aurait été perçu au cours du mois durant lequel est survenu l'arrêt de travail : _____ €

En cas de rémunération variable, salaire total des 6 derniers mois y compris diverses primes calculées au prorata : _____ €

L'indemnité journalière de la Sécurité sociale fait-elle l'objet d'un calcul sur une base forfaitaire (apprentis, contrats de travail particuliers, ...) ? ☐ OUI ☐ NON

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.

En cas d'hospitalisation

- Bulletin d'hospitalisation ou de situation indiquant les dates d'entrée et de sortie.

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.

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

Fait à : _____

Date

Cachet ou signature obligatoire de l'employeur