

# Demande de prestations

## Mensualisation – Incapacité de travail

### CCN des Activités industrielles de boulangerie et pâtisserie (n° 3102)

Retour du document : AG2R LA MONDIALE – TSA 37001 – 59071 ROUBAIX CEDEX 1  
ou par mail : [prestationsentreprisesstrasbourg@ag2rlamondiale.fr](mailto:prestationsentreprisesstrasbourg@ag2rlamondiale.fr)

#### Motif de la demande

- ☐ Prise en charge dans le cadre de la mensualisation (arrêt inférieur à 90 jours, hors franchise, à la charge de l'employeur).
- ☐ Prise en charge dans le cadre de l'incapacité de travail en relais (arrêt supérieur à 90 jours hors franchise ou à épuisement des droits de mensualisation).

#### Entreprise

Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

N° de SIRET : \_\_\_\_\_

N° de contrat prévoyance (obligatoire) : \_\_\_\_\_ P

Personne à contacter : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

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

#### Salarié concerné par la déclaration

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 : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

#### Catégorie d'emploi

☐ Non cadre ☐ Cadre ☐ Ouvrier ☐ E.T.A.M

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<sup>er</sup> jour de l'arrêt de travail : \_\_\_\_\_

#### Type d'arrêt de travail

☐ Nouvel arrêt ☐ Rechute ☐ Prolongation

Si rechute date d'arrêt de travail initial : \_\_\_\_\_

ALD : ☐ Oui ☐ Non

#### Motif de l'arrêt de travail

☐ Maladie/Accident de la vie privée

☐ Accident du travail/Maladie professionnelle/Accident de trajet

Date éventuelle de reprise totale du travail : \_\_\_\_\_

Date éventuelle de reprise en mi-temps thérapeutique : \_\_\_\_\_

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

☐ OUI ☐ NON

Si OUI, date de 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 de trajet

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 en s'adressant au Data Protection Officer (DPO) via nos [formulaires en ligne](#), par courriel à [informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr](mailto: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>

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

Veillez remplir **obligatoirement** la grille des salaires figurant ci-dessous :

|                                                       | Salaire brut | Salaire brut reconstitué | Prime de 13 <sup>e</sup> mois | Motif de reconstitution |
|-------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| Salaire du mois N au cours duquel est survenu l'arrêt | €            | €                        | €                             |                         |
| 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 €                   | 0,00 €                        |                         |

Salaire de référence

Incapacité

Le salaire annuel de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire brut complet, toutes primes et gratifications incluses, ayant donné lieu à versement de cotisations sociales, éventuellement rétabli prorata temporis en cas d'embauche ou de maladie au cours de la période de référence, des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail.

Mensualisation

Le salaire de référence est la rémunération brute que le participant aurait perçue s'il avait continué à travailler (rémunération brute du mois en cours du participant, reconstituée, y compris les primes récurrentes sauf 13<sup>e</sup> mois), prise en compte dans la limite de 4 fois le plafond mensuel de la Sécurité sociale.

En cas de reprise du travail à mi-temps thérapeutique indemnisé par le régime de base, indiquez pour chaque période le salaire brut perçu à temps partiel et le salaire brut (sans primes) que le salarié aurait perçu à temps complet :

| Période concernée | Salaire brut perçu à temps partiel | Salaire brut à temps complet (hors primes) |
|-------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|
| _____             | €                                  | €                                          |
| _____             | €                                  | €                                          |
| _____             | €                                  | €                                          |

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**  
- Le bulletin d'hospitalisation ou de situation indiquant les dates d'entrée et de sortie.
- En cas de rupture du contrat de travail**  
- Copie du certificat de travail et 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 ou signature obligatoire de l'employeur