

Demande de prestations

Arrêt de travail – Mensualisation et incapacité

CCN des Cabinets dentaires

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) : _____

Salarié concerné par la déclaration

☐ Monsieur ☐ Madame

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

Emploi

Depuis le : _____

Date d'entrée dans le cabinet : _____

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 ou accident de la vie privée

☐ Accident du travail ou maladie professionnelle

☐ Maternité

☐ 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 ☐ 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) :

Éléments de calculs

Veuillez remplir **obligatoirement** la grille des salaires figurant ci-contre :

	Salaire trimestriel ⁽¹⁾
Salaire brut	€
Gratifications ⁽²⁾	€

(1) Du trimestre civil précédant l'arrêt de travail.

(2) Montant des primes ou gratifications de caractère annuel versées au cours des douze derniers mois.

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.

Si le salarié effectue moins de 150 heures par trimestre

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

Si le salarié a plusieurs employeurs

- La photocopie de l'attestation de salaire employeur qui a été adressée à la CPAM.

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 RIB du salarié.

Rappel

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

Informations

Le salaire brut mensuel à indiquer s'entend hors primes exceptionnelles.

Les prestations prévoyance sont obligatoirement versées à l'employeur (maintien de salaire effectué ou non) et ce, tant que le salarié fait partie des effectifs du cabinet dentaire.

Les prestations sont calculées d'après les conditions prévues par la Convention collective des cabinets dentaires.

Si votre contrat prévoit la garantie maintien de salaire

En cas d'arrêt de travail dûment justifié, le salaire sera maintenu à 100 % (y compris les indemnités journalières de la Sécurité sociale) à l'exclusion des 3 jours de franchise prévus par la Sécurité sociale en cas d'arrêt maladie.

La durée d'indemnisation est fonction de l'ancienneté du salarié :

Ancienneté	De 1 à 3 ans	À partir de 3 ans	À partir de 8 ans	À partir de 13 ans	À partir de 18 ans	À partir de 23 ans	À partir de 28 ans
Durée d'indemnisation	Jusqu'au 30 ^e jour	Jusqu'au 40 ^e jour	Jusqu'au 50 ^e jour	Jusqu'au 60 ^e jour	Jusqu'au 70 ^e jour	Jusqu'au 80 ^e jour	Jusqu'au 90 ^e jour

Si plusieurs arrêts surviennent au cours d'une période de 12 mois consécutifs, la durée totale d'indemnisation au cours de cette période ne pourra excéder la durée à laquelle donne droit son ancienneté.

Charges sociales patronales

AG2R Prévoyance garantit le remboursement des charges sociales patronales évaluées forfaitairement à 55 %.

La garantie incapacité de travail

- 30 % du salaire moyen du trimestre civil précédant l'arrêt de travail.
- Taux de charges patronales : 42,23 %.
- Au plus tôt au 31^e jour de l'arrêt, jusqu'au 1095^e jour.
- Le risque maternité est exclu du contrat.
- Les 3 jours de carence maladie ne sont pas pris en charge.

- Les prestations doivent apparaître sur un bulletin de salaire et sont soumises à charges sociales selon la législation en vigueur.
- Majoration de l'indemnité complémentaire au-delà du 2^e enfant à charge : merci de nous adresser le dernier avis d'imposition et les certificats de scolarité.

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

Fait à : _____

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

Cachet ou signature obligatoire de l'employeur