

Demande de prestations

Arrêt de travail

Mensualisation et/ou incapacité de travail

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

CCN : _____

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

☐ 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 ☐ Autre : _____

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 : _____

Type d'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

Veillez remplir obligatoirement la grille des salaires figurant ci-dessous.

A	B	C	D
Mois/Année ⁽¹⁾	Salaire brut des 12 mois cotisés auprès d'AG2RLM antérieurs à la date de l'arrêt de travail hors motifs listés ci-dessous ⁽²⁾	Salaire reconstitué en cas de maladie, accident, invalidité, congé indemnisé par l'Assurance maladie ou l'employeur ⁽³⁾	Motif de reconstitution ⁽⁴⁾
Date de l'arrêt _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	€	€	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	€	€	
Total	0,00 €	0,00 €	

Aide pour compléter la grille des salaires

- (1) Aide pour remplir la colonne A : Indiquer distinctement le mois et l'année auxquels correspondent le salaire indiqué en colonne B. Mentionner les 12 mois bruts complets cotisés auprès de AG2RLM antérieurs à la date de l'arrêt de travail (voir exemple).
- (2) Aide pour remplir la colonne B : Exclure les mois de salaire liés à des absences non indemnisées suite à une suspension du contrat de travail : congé sans solde, congé sabbatique, congé parental, etc...
- (3) Aide pour remplir la colonne C : Reconstituer les mois de salaires liés aux situations suivantes : maladie, accident, invalidité, congé indemnisé par l'assurance maladie ou l'employeur. La reconstitution consiste à réinjecter les sommes déduites qui auraient été versées si le salarié avait travaillé.
- (4) Aide pour remplir la colonne D : Indiquer le motif de reconstitution du salaire de la colonne C.

Exemple : Salaire de référence en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

- Date de l'arrêt de travail : mars 2024
 - Congés sans solde : du 15 juillet au 15 août 2023
 - Salaires à renseigner dans la grille : janvier à juin 2023 et septembre à février 2024 soit 12 mois cotisés auprès d'AG2RLM avant la date de l'arrêt de travail.
- La définition du salaire de référence est celle mentionnée dans les documents contractuels.

Périodes de suspension du contrat de travail non indemnisées :

Du |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Motif : _____

Du |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Motif : _____

Du |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Motif : _____

L'employeur soussigné, certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration.
Fait à : _____
Date |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Cachet ou signature obligatoire de l'employeur

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 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.