

Demande de prestations

Arrêt de travail

CCN de la coiffure et des professions connexes du 10 juillet 2006

Pour toute question concernant la constitution de ce dossier, appelez-nous au :
0972 672 222 (appel non surtaxé)

Document à retourner : AG2R LA MONDIALE – TSA 37001 – 59071 ROUBAIX CEDEX 1

Entreprise

Nom de l'employeur : _____

Adresse de l'employeur : _____

Code postal : _____

Ville : _____

N° de contrat prévoyance : _____ P

N° de catégorie au contrat à laquelle appartient l'assuré : _____

Personne à contacter : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

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

Code postal : _____

Ville : _____

Salarié concerné par la déclaration

☐ Madame ☐ Monsieur

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*

* Précisez la catégorie (Apprenti, Ouvrier, Employé, Agent de maîtrise non article 36, Agent de maîtrise article 36, VRP, VRP cotisant à l'IR-VRP) : _____

Date d'entrée dans l'entreprise : _____

Date d'entrée dans la profession : _____

En cas de rupture du contrat de travail :

Date de sortie : _____

Motif : _____

Renseignements concernant l'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 :

☐ Accident du travail

☐ Maladie professionnelle

☐ Accident de trajet

☐ Maternité

☐ Maladie ou accident de la vie courante

☐ Maladie avec hospitalisation

Date éventuelle de reprise totale du travail : _____

Date éventuelle de reprise du travail en mi-temps thérapeutique : _____

Cet arrêt est-il indemnisé par la Sécurité sociale ?

☐ Oui ☐ Non

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 au cours 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) : _____

Nota

Toutes précisions que l'employeur souhaite fournir à AG2R Prévoyance peuvent être mentionnées au verso du présent document.

Déclaration de salaires

Salaire brut du mois précédant celui au cours duquel est survenu l'arrêt de travail _____ €
Salaire brut mensuel qui aurait été perçu au cours du mois durant lequel est survenu l'arrêt de travail _____ €
Salaire horaire _____ €
Salaire journalier _____ €

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.

Renseignements complémentaires fournis par l'employeur à AG2R Prévoyance

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

Fait à : _____

Date :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cachet ou signature **obligatoire** de l'employeur