

Demande de Prestations

Arrêt de travail Incapacité

Personnels enseignants et de documentation rémunérés par l'État

Pour toute question concernant la constitution de ce dossier, appelez-nous au :
0 972 672 222 (appel non surtaxé)

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

Établissement

Nom et adresse de l'établissement : _____

N° de SIRET : _____

N° de contrat Prévoyance : _____ P

Personne à contacter : _____

E-mail : _____

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

Téléphone : _____

Salarié concerné par la déclaration

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 : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Catégorie de personnel (cf. contrat)

☐ 02A : Enseignant régime de la fonction publique

☐ 02B : Enseignant régime général Assurances sociales

☐ 02D : Enseignant en CPA

Date d'entrée dans l'établissement : _____

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 : _____

Date éventuelle de reprise totale du travail : _____

Type d'arrêt de travail :

☐ Nouvel arrêt ☐ Rechute

Motif de l'arrêt de travail

☐ Congé maladie ordinaire

☐ Congé de grave maladie

☐ Disponibilité d'office

☐ Congé de longue maladie ou de longue durée

☐ Accident du travail ou Maladie professionnelle

☐ Congé sans traitement

Cet arrêt est-il indemnisé par la Sécurité sociale ?

☐ Oui ☐ Non

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 l'adresse du tiers, sa compagnie
d'assurance et le numéro de dossier auprès de celle-ci
(si connu) : _____

Information complémentaire sur la situation de l'enseignant

À date d'arrêt de travail du : ,
merci de préciser :
Son échelon/indice : -
et le temps mensuel contractuel :

Si le temps contractuel est inférieur à un temps plein, merci de nous préciser si l'enseignant est en :

- temps partiel autorisé : ☐ Oui ☐ Non
- cumul d'activité de direction-enseignement : ☐ Oui ☐ Non
- temps partiel avec une autre activité : ☐ Oui ☐ Non
- temps incomplet* : ☐ Oui ☐ Non

* si enseignant à temps incomplet, merci de préciser, s'il était en temps complet l'année scolaire précédente.

Veuillez joindre l'arrêté du rectorat correspondant à la situation

Salaire de l'enseignant

Traitement brut de base	Indemnité de résidence	Supplément familial	ISOE part fixe	indemnités autres (libellé à préciser)

Justificatifs à produire

- fiche de paie du mois précédant l'arrêt et celles des mois à indemniser ;
- arrêtés de l'inspection académique ou du rectorat notifiant les périodes garanties à plein et à demi traitement, ou sans traitement ou autorisation de reprise à temps partiel ou de reprise à temps partiel thérapeutique

- décomptes d'indemnités journalières des Assurances sociales depuis le début de l'arrêt de travail jusqu'au plus récent (assuré dépendant du régime général)
- arrêté notifiant le changement d'échelon pour un changement en cours de période d'arrêt
- relevé d'identité bancaire de l'enseignant.

NB : Nous vous précisons que suite à l'examen du dossier, des pièces complémentaires pourront vous être demandées.

Attestation de l'établissement

L'établissement soussigné, certifie l'exactitude des renseignements portés sur le présent document

Fait à :

Date :

Cachet et signature **obligatoires** de l'employeur