

Demande de prestations

Arrêt de travail – Incapacité de travail

CCN Enseignement privé

Personnel non enseignant hors contrat

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

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 : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____

Commune de naissance : _____

Département de naissance : _____

Pays de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____

Téléphone : _____

Catégorie de personnel (Cf. contrat)

☐ 010 Non cadre non enseignant ou enseignant hors contrat

☐ 020 Cadre non enseignant ou enseignant hors contrat

☐ 012 Non cadre en préretraite progressive

☐ 022 Cadre en préretraite progressive

Emploi occupé : _____

S'agit-il du personnel effectuant moins de 150 heures par trimestre ? ☐ OUI ☐ NON

Date d'entrée dans l'entreprise : _____

Date d'entrée dans la profession : _____

Ancienneté acquise au cours des 18 derniers mois dans les établissements relevant de l'accord : _____ mois (Données indispensables pour tout salarié n'ayant pas 12 mois 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 : _____

☐ 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

☐ Indemnité Temporaire d'Inaptitude

☐ Accident de trajet

☐ Avec hospitalisation

Date éventuelle de reprise totale du travail : _____

Date éventuelle de reprise du travail en mi-temps

thérapeutique : _____

S'agit-il du premier arrêt indemnisé au cours des 12 derniers mois ? ☐ OUI ☐ NON

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

Si OUI, dernier jour indemnisé au titre de la garantie maintien de salaire à 100 % : _____

Cet arrêt est-il indemnisé par la Sécurité sociale ? ☐ OUI ☐ NON

Cet arrêt est-il indemnisé par la MSA : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, joindre la copie de la totalité des décomptes de paiement des indemnités journalières versées depuis le début de l'arrêt de travail.

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) : _____

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

La définition du salaire de référence est celle mentionnée dans les documents contractuels.

* En cas d'arrêt maladie, accident du travail, maladie professionnelle, mi-temps thérapeutique, congé paternité ou congé maternité, le salaire reconstitué est celui que le salarié aurait perçu s'il avait travaillé

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

00010024-260209-01 - Page 1/2