

Demande de prestations

Arrêt de travail – Incapacité de travail

CCN des Établissements privés d'hospitalisation de soins, de cure et de garde à but non lucratif (CCN du 3 octobre 1951)

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

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

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

Date d'entrée dans l'établissement : _____

Date d'entrée dans la profession : _____

Emploi occupé : _____

L'assuré ci-dessus a-t-il effectué 12 mois de travail effectif dans l'établissement ? ☐ Oui ☐ Non

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

☐ Accident du travail

☐ Maladie professionnelle

☐ Maladie de la vie privée

☐ Accident de la vie privée

☐ Accident de trajet

☐ Maladie sans hospitalisation

☐ Maladie 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 de 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) : _____

Renseignements sur le salaire de référence

Salaire net mensuel qu'aurait perçu l'assuré, s'il avait normalement travaillé, sur le mois d'arrêt.

Indiquez ce montant hors prime décentralisée ou d'assiduité :

_____ €

Montant annuel net de la prime décentralisée ou d'assiduité :

_____ €

La prime décentralisée ou d'assiduité n'est prise en compte que dans le cadre des arrêts ayant pour origine l'accident du travail ou la maladie professionnelle.

Elle est exclue des arrêts maladie ou accident de la vie privée (article 13.01.2.4 de la CCN du 31 octobre 1951).

Important

En cas de poursuite d'arrêt, l'établissement s'engage à réactualiser le salaire qu'aurait perçu l'assuré au cours du mois d'absence.

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.

Important

Seuls les médecins et infirmières libéraux n'exerçant pas une activité salariée suffisante pour prétendre aux indemnités de la Sécurité sociale sont pris en charge par le régime, à l'exclusion de tout autre type de personnel non pris en charge par la Sécurité sociale.

Rappel

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

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

Fait à : _____

Date | | | | | | | |

Cachet ou signature obligatoire de l'employeur