

Demande de prestations

CCN des Entreprises de commission, de courtage, de commerce intra-communautaire et d'importation-exportation (N° 3100)

Arrêt 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

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 : _____

Commune de naissance : _____

Département 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'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 : _____

☐ 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

☐ Maladie professionnelle

☐ Accident du travail

☐ Accident de trajet

Date éventuelle de reprise totale du travail : _____

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

Votre salarié(e) a-t-il été en arrêt dans les 6 mois qui précèdent le présent arrêt déclaré ? ☐ Oui ☐ Non

Si OUI, périodes des arrêts antérieurs dont la durée est supérieure ou égale à 30 jours.

Du _____ au _____ Nombre de jours _____

Motif de l'arrêt* : Veillez préciser

Du _____ au _____ Nombre de jours _____

Motif de l'arrêt* : Veillez préciser

Du _____ au _____ Nombre de jours _____

Motif de l'arrêt* : Veillez préciser

* Veuillez préciser dans « motif » :

- AM pour maladie ou accident de la vie privée

- AT/MP pour accident de travail, maladie professionnelle ou accident du trajet

Nombre de jours de maintien de salaire consommés sur l'année civile
au jour du présent arrêt ET sur le même motif d'arrêt : _____

Vos données à caractère personnel sont traitées par votre organisme d'assurance ou fonds de retraite professionnelle supplémentaire membre du GIE AG2R ou du GIE LA MONDIALE GROUPE, à des fins de passation, gestion et exécution de votre contrat. Vous disposez notamment d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données qui peuvent être exercés en s'adressant au Data Protection Officer (DPO) via [nos formulaires en ligne](#), par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr, ou par courrier à AG2R LA MONDIALE 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex.

Pour en savoir plus : <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

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) :

Déclaration de salaires

Veuillez obligatoirement indiquer ci-dessous les salaires fixes bruts versés ainsi que les rémunérations variables perçues (commissions, gratifications, primes de rendement, ...), ayant donné lieu à cotisations au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail :

Mois	Salaire brut base HORS rémunération variable	Salaire fixe du mois	Rémunération variable du mois		Motif de reconstitution
		Salaire total qu'aurait perçu l'intéressé pour le mois en cours s'il n'avait pas été en arrêt de travail	Rémunération variable	Rémunération variable qu'aurait perçu l'intéressé pour le mois en cours s'il n'avait pas été en arrêt de travail	
Salaire du mois N au cours duquel est survenu l'arrêt	€	€	€	€	
Salaire du mois N - 1 (Mois précédant l'arrêt)	€	€	€	€	
Salaire du mois N - 2	€	€	€	€	
Salaire du mois N - 3	€	€	€	€	
Salaire du mois N - 4	€	€	€	€	
Salaire du mois N - 5	€	€	€	€	
Salaire du mois N - 6	€	€	€	€	
Salaire du mois N - 7	€	€	€	€	
Salaire du mois N - 8	€	€	€	€	
Salaire du mois N - 9	€	€	€	€	
Salaire du mois N - 10	€	€	€	€	
Salaire du mois N - 11	€	€	€	€	
Salaire du mois N - 12	€	€	€	€	
Salaire du mois N - 13	€	€	€	€	
Salaire du mois N - 14	€	€	€	€	
Total	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	

Exemple : Pour un arrêt de travail survenu en juin 2009, indiquer sur la 1^{re} ligne mai 2009, 2^e ligne avril 2009, etc.

Justificatifs à produire selon la situation

Dans tous les cas

- Relevé d'identité bancaire (RIB) de l'entreprise lors de la 1^{re} demande ou en cas de modifications de données bancaires.

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

- Copie de l'arrêt de travail attestant que le nouvel arrêt est bien en lien avec une pathologie ayant déjà donné lieu à un arrêt de travail initial, avec précision de la date de cet arrêt initial.

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 d'invalidité

- Notification de paiement de la rente invalidité par la Sécurité sociale.

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.

Signature

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

Fait à : _____

Date

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

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