

Demande de prestations

Arrêt de travail – Mensualisation et / ou Incapacité de travail

CCN des Entreprises de prévention et sécurité (Brochure n° 3196)

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 : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

Commune de naissance : _____

Département : _____

Pays de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

E-mail : _____

Téléphone : _____

Catégorie d'emploi

☐ Non Cadre ^{(1) *} ☐ Agent de maîtrise* ☐ Cadre ^{(2) *}

(1) On entend par « non cadre » : l'ensemble du personnel agents de maîtrise, agents d'exploitation, employés administratifs et techniciens tels que définis à l'annexe 2 relative à la classification des postes d'emploi de la CCN des Entreprises de prévention et de sécurité du 15 février 1985.

(2) On entend par « cadre » : l'ensemble du personnel cadres et ingénieurs tels que définis à l'annexe 2 relative à la classification des postes d'emploi de la CCN des Entreprises de prévention et de sécurité du 15 février 1985.

* Précisez la catégorie : ☐ Apprenti ☐ Ouvrier ☐ Employé

☐ Agent de maîtrise non article 36 ☐ Agent de maîtrise article 36

☐ VRP ☐ VRP Cotisant à l'IR-VRP

S'agit-il d'une personne effectuant moins de 150 heures par trimestre ? ☐ Oui ☐ Non

Date d'entrée dans l'entreprise : _____

Date d'ancienneté : _____

Le salarié justifie d'une ancienneté continue ou discontinue de 6 mois dans la profession au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail : ☐ Oui ⁽³⁾ ☐ Non

(3) Si oui, merci de bien vouloir nous joindre une copie du (ou des) certificat(s) de travail.

Le salarié a-t-il plusieurs employeurs ? ☐ 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 : _____

Type d'arrêt de travail

☐ Nouvel arrêt ☐ Prolongation d'un arrêt ☐ Rechute

Si rechute, date d'arrêt de travail initial : _____

ALD : ☐ Oui ☐ Non

Motif de l'arrêt de travail

☐ Maladie / Accident de la vie privée

☐ Accident du travail / Maladie professionnelle

☐ Maternité

☐ Accident de trajet

☐ Avec hospitalisation ☐ Sans 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 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) : _____

Éléments de calculs

Veuillez remplir obligatoirement la grille des salaires figurant ci-dessous :

Mois	Salaire brut	Salaire brut reconstitué (si absence maladie ou accident du travail)	Motifs de reconstitution
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	€	€	
Total	0,00 €	0,00 €	

Salaire de référence
Salaire mensuel moyen brut calculé sur les 12 derniers mois limité à la tranche B.

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.

En cas de rupture du contrat de travail

- Copie du certificat de travail et relevé d'identité bancaire du salarié.

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.

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