

Demande de prestations

Arrêt de travail – Mensualisation et/ou incapacité de travail

CCN de la Propreté et services associés

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

Retour de document :

Par voie postale : AG2R LA MONDIALE – TSA 37001 – 59071 ROUBAIX CEDEX 1

Par courriel : cg-rennes.prestations-prevoyance@ag2rlamondiale.fr

Entreprise

Nom de l'employeur : _____

Adresse de l'employeur : _____

N° de contrat Prévoyance : _____ P

N° de SIRET : _____

E-mail : _____

Téléphone : _____

Personne à contacter : _____

Salarié concerné par la déclaration

N° de Sécurité sociale : _____

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

Commune de naissance : _____

Département de naissance : _____

Pays de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

E-mail : _____

Téléphone : _____

Catégorie d'emploi

☐ Non cadre = (AS, AQS, ATQS, CE)

☐ ETAM = personnel administratif (EA, MA, MP)

☐ Cadre = (CA, MA, MP, EA)

Date d'ancienneté du contrat de travail initial ayant servi au calcul du maintien de salaire : _____

Fin de contrat

En cas de rupture du contrat de travail (Joindre la copie du certificat de travail) :

– Date de sortie : _____

– Motif : _____

Un transfert Article 7 est-il intervenu dans les 3 mois précédant ou durant l'arrêt de travail ? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, indiquez la date de reprise au titre de l'article 7 : _____

Arrêt de travail

Date du 1^{er} jour de l'arrêt de travail* : _____

* En cas d'accident du travail, merci de déclarer le lendemain du jour de l'accident.

Date éventuelle de reprise totale du travail : _____

Motif de l'arrêt de travail

☐ Maladie ou accident de la vie privée

☐ Accident du travail ou Maladie Professionnelle

☐ Nouvel arrêt ☐ Rechute

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

ALD : ☐ Oui ☐ Non

Déclaration de salaires

Veuillez obligatoirement indiquer si le salarié était en arrêt de travail au cours de l'un ou plusieurs des 3 mois qui ont précédé l'arrêt, reconstituez :

– en 1^{re} colonne, les salaires bruts soumis à cotisation prévoyance du salarié, correspondant aux 3 mois précédant l'arrêt ;

– en 2^e colonne, le salaire rétabli pour son montant cotisé qu'il aurait perçu s'il avait normalement travaillé sur le ou les mois concernés.

En cas de prime, nous vous remercions de proratiser celle-ci à hauteur de 3/12^e.

S'agit-il du 1^{er} 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, nous vous remercions d'indiquer :

Date du dernier jour de maintien de salaire théorique à 90 % : _____

Période de maintien de salaire théorique à 66,66 % :

Du _____ au _____

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

Mois	Salaires bruts soumis à cotisations	Salaires bruts reconstitués si absence maladie ou accident de travail
Mois N-1	€	€
Mois N-2	€	€
Mois N-3	€	€
Total	0,00 €	0,00 €

