

Demande de prestations

Maintien de salaire, incapacité de travail, invalidité

CCN du Sport du 7 juillet 2005

Pour toute question concernant la constitution de ce dossier, appelez-nous au :
0 972 672 222 (appel non surtaxé)
Document à retourner : AG2R LA MONDIALE - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1

Renseignements d'ordre général

Nom et adresse de l'entreprise ou de l'association : _____

N° de SIRET : _____

N° contrat prévoyance : _____ P

Personne à contacter : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Catégorie : _____

Adresse de correspondance (si différente de l'adresse de l'employeur) : _____

Salarié concerné par la déclaration

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 : _____

☐ Temps complet ☐ Temps partiel à _____ %

Date d'entrée dans la profession : _____

Le salarié a-t-il plusieurs employeurs ? ☐ OUI ☐ NON

En cas de rupture du contrat de travail :

- Date de sortie : _____

- Motif : _____

Renseignements concernant l'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 de la vie privée ☐ Accident de la vie privée

☐ Accident de trajet ☐ Maladie professionnelle

☐ Accident du travail

Date éventuelle de reprise totale du travail : _____

Date éventuelle de reprise du travail en mi-temps

thérapeutique : _____

S'agit-il du premier arrêt de l'année en cours ? ☐ OUI ☐ NON

Au cours des 12 derniers mois ? ☐ OUI ☐ NON

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 : _____

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) :

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@ag2rmondiale.fr, ou par courrier à AG2R LA MONDIALE 154 rue Anatole France 92599 LEVALLOIS-PERRET CEDEX.

Pour en savoir plus : <https://www.ag2rmondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

Déclaration de salaires

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

Salaire de référence

Le salaire mensuel moyen net, plafonné à la tranche B, perçu au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail, primes incluses.

Indiquez le salaire qu'il aurait perçu s'il avait normalement travaillé.

	Salaire net	Salaire net reconstitué	Motif 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 €	

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.

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 RIB du salarié.

Pour l'invalidité

- Notification d'attribution de la rente d'invalidité ou d'incapacité professionnelle délivrée par la Sécurité sociale,
- Justificatifs de paiement de la pension Sécurité sociale, relatifs aux périodes indemnisées à compter de la date de mise en invalidité ou incapacité.

Rappel

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

Quelques conseils

Afin de nous permettre de traiter votre demande dans les meilleurs délais, assurez-vous que cet imprimé est correctement complété et que toutes les pièces requises sont jointes, avant de nous l'adresser. En cas de prolongation d'un arrêt de travail ayant déjà fait l'objet d'une demande d'indemnités journalières, il vous suffit de nous

adresser la photocopie des décomptes de la Sécurité sociale concernant la période complémentaire à indemniser, en précisant :

- votre raison sociale et la mention « Sport »,
- si votre salarié a repris ou non son travail, et si oui la date exacte de la reprise d'activité.

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

Fait à : _____

Date : | | | | | | | | | |

Cachet ou signature obligatoire de l'employeur