

Demande de prestations

Arrêt de travail – Incapacité 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

Convention collective concernée

- ☐ Boulangerie artisanale (3117)
☐ Commerce de détail et de gros à prédominance alimentaire (3305)
☐ Entreprises de l'industrie et des commerces en gros des viandes (3179)
☐ Exploitations frigorifiques (3178)
☐ Industrie laitières (3124)
☐ Industries charcutières (3125)

- ☐ Industries des produits alimentaires élaborés (3127)
☐ Meunerie (3060)
☐ Œufs (3184)
☐ Production des eaux embouteillées (3247)
☐ Restauration rapide (3245)
☐ Commerce de détail alimentaire non spécialisé (IDCC 1505)
☐ Commerce de détail alimentaire spécialisé (IDCC 3237)
☐ Confiserie, chocolaterie, biscuiterie de détail (IDCC1286)

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* ☐ 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 : _____

Type d'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 ☐ Accident de trajet

☐ Maternité ☐ Maladie ou accident de la vie privée

☐ Maladie professionnelle ☐ 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 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 :

	Salaire brut	Salaire brut 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 €	

* À remplir en cas d'absence justifiée du salarié.

Salaire de référence

La définition du salaire de référence est celle mentionnée dans les documents contractuels.

Important

Tout dossier incomplet sera retourné pour complément de pièces ou de renseignements.

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 d'accident de la vie privée de plus de 45 jours

(uniquement pour la CCN Boulangerie artisanale)

- Copie du certificat médical attestant que l'arrêt est bien lié à un accident de la vie privée.

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.

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