

Demande de prestations

CCN Enseignement privé

Arrêt de travail – Incapacité de travail

Personnel non enseignant hors contrat

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 : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

E-mail : _____

Téléphone : _____

Emploi occupé : _____

S'agit-il du personnel effectuant moins de 150 heures par trimestre ? OUI NON

Date d'entrée dans l'entreprise : _____

Date d'entrée dans la profession : _____

Ancienneté acquise au cours des 18 derniers mois dans les établissements relevant de l'accord : _____ mois (Données indispensables pour tout salarié n'ayant pas 12 mois dans l'établissement)

En cas de rupture du contrat de travail :

– Date de sortie : _____

– Motif : _____

Catégorie de personnel (Cf. contrat)

010 Non cadre non enseignant ou enseignant hors contrat

020 Cadre non enseignant ou enseignant hors contrat

012 Non cadre en préretraite progressive

022 Cadre en préretraite progressive

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

Accident du travail ou maladie professionnelle

Maternité

Accident de trajet

Avec hospitalisation

Cet arrêt est-il indemnisé par la Sécurité sociale ? OUI NON

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

Si NON, indiquez les périodes durant lesquelles le salarié a bénéficié d'un maintien de salaire par l'établissement et précisez le taux de garantie de 100 % ou 66,66 % :

Du _____ au _____

Taux garanti : _____, _____ %. Nature de l'arrêt* : _____

Du _____ au _____

Taux garanti : _____, _____ %. Nature de l'arrêt* : _____

Du _____ au _____

Taux garanti : _____, _____ %. 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

Cet arrêt de travail a-t-il fait l'objet d'un maintien de salaire ? OUI NON

Si OUI, dernier jour indemnisé au titre de la garantie maintien de salaire à 100 % : _____

Période indemnisée à taux réduit :

Du _____ au _____

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) :

Protection des données à caractère personnel : Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par votre organisme d'assurance, membre de AG2R LA MONDIALE, dans le cadre de la gestion des garanties dont vous bénéficiez et de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, dont la lutte antiblanchiment, ou l'analyse de vos données, dans le cadre des obligations de conseil nous incombant. Dans le cadre de ces traitements, vos données sont transmises aux services en relation avec vous et vos ayants droit, aux membres de AG2R LA MONDIALE, le cas échéant à ses sous-traitants et à ses partenaires qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées. Les informations collectées sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat, nous ne serions pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées. Vous pouvez demander l'accès aux données vous concernant et leur rectification. Vous disposez, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de leur traitement. Vous avez également la faculté de définir des directives relatives au sort de vos données à

caractère personnel après votre décès. Vous disposez, en outre, du droit de vous opposer au traitement de vos données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment à leur utilisation à des fins de prospection commerciale. Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, 154 rue Anatole France, 92599 LEVALLOIS-PERRET CEDEX ou par courriel à informatique.libertes@ag2rmondiale.fr. Nous apportons la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins s'ils considèrent que le traitement des données les concernant constitue une atteinte à leurs droits, les bénéficiaires disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://conso.bloctel.fr/>. Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données personnelles : <https://www.ag2rmondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

Déclaration de salaires

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

Mois	Salaire brut du mois	Salaire total brut qu'aurait perçu l'intéressé pour le mois en cours, s'il n'avait pas été en arrêt de 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	€	€	

Exemple : un arrêt de travail survenu en mai, indiquez sur la première ligne, avril ; sur la deuxième ligne, mars ; 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 le salarié effectue moins de 150 heures par trimestre

- Copie de refus d'indemnisation du régime de base et la copie des avis d'arrêts de travail.

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 de la pièce d'identité du salarié.
- 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