AG2R LA MONDIALE

PRÉVOYANCE

DEMANDE DE PRESTATIONS

Indemnité de départ à la retraite ou de licenciement
Convention collective nationale des Cabinets dentaires
[n° 3255]

RETOUR DU DOCUMENT

AG2R LA MONDIALE
Centre de gestion
CAP SUD
100 rue Étienne Dolet
92245 MALAKOFF

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

ou écrivez-nous à l'adresse :
cg.capsud-prestationsprevoyance@ag2rlamondiale.fr

IMPORTANT

Suite à l'examen de ce dossier, des pièces ou des renseignements pourront vous être demandés

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GÉNÉRAL

Nom et adresse de l'employeur : _____

_____

E-mail : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° de contrat Prévoyance : |_|_|_|_|_|_|_|_|P|

Adresse de correspondance : _____

_____

E-mail : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

SALARIÉ CONCERNÉ PAR LA DÉCLARATION

☐ M. ☐ Mme NOM d'usage : _____

NOM de naissance : _____

Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Catégorie d'emploi : ☐ Cadre ☐ Non cadre

Date d'entrée dans le cabinet : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Date de sortie : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nature du contrat

☐ Temps complet

☐ Temps partiel Nombre d'heures mensuel : |_|_|_| heures

☐ Les 2 successivement :

- Temps complet : début |_|_|_|_|_|_|_|_| fin |_|_|_|_|_|_|_|_|
- Temps partiel : début |_|_|_|_|_|_|_|_| fin |_|_|_|_|_|_|_|_|
- Nombre d'heures mensuel : |_|_|_| heures

Nature de la rupture du contrat de travail

☐ Licenciement ou mise à la retraite à la demande de l'employeur

☐ Départ à la retraite à la demande du salarié

☐ Rupture conventionnelle

Montant de l'indemnité versée au salarié : _____ €

JUSTIFICATIFS À PRODUIRE

Dans tous les cas, les photocopies :

- des bulletins de salaire des 12 mois précédant le mois du départ
- du bulletin de salaire sur lequel figure l'indemnité versée, soit 13 bulletins de salaire au total
- du certificat de travail couvrant toute la période d'activité au sein du même cabinet
- du solde de tout compte signé des deux parties (salarié et employeur)
- du relevé de compte bancaire correspondant au paiement de l'indemnité et la photocopie du chèque
- du détail de l'indemnité calculée par vos soins
- relevé d'identité bancaire (RIB) de l'employeur pour un règlement par virement

En cas de départ à la retraite :

- document de la caisse vieillesse intitulé « accusé de réception de la demande »
- photocopie de la lettre de démission de l'intéressé dans laquelle il motive son départ à la retraite
- avant l'âge légal, photocopie de la lettre de l'employeur demandant le départ à la retraite et l'accord du salarié
- après l'âge légal, photocopie de la lettre de l'employeur demandant le départ à la retraite du salarié

En cas de licenciement

- photocopie de la lettre de licenciement et son accusé de réception
- photocopie de l'inscription à Pôle emploi
- attestation sur l'honneur précisant que le cabinet n'est pas repris par un successeur

En cas de rupture conventionnelle :

- photocopie du formulaire de rupture conventionnelle et de demande d'homologation
- preuve de l'acceptation de la demande d'homologation par l'autorité administrative ou de la réception de cette demande par cet organisme
- photocopie de l'inscription à Pôle emploi

GRILLE DES SALAIRES (Salaires reconstitués en cas de maladie)

Veuillez remplir la grille des salaires figurant ci-dessous :

	Salaire de base	Prime ancienneté	Prime mensuelle	Prime exceptionnelle	Salaire brut
Salaire du mois N – 1 (mois précédant le mois du départ)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
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	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €

En cas d'absence, indiquez la cause de l'absence : _____

RAPPEL - L' indemnité devra être réglée, par vos soins, au salarié avant d'en demander le remboursement auprès de notre organisme. Tous les justificatifs doivent nous parvenir en photocopie.

Le montant du remboursement d'AG2R RÉUNICA Prévoyance sera de :

- **dans le cas d'une indemnité de départ à la retraite**

Cette indemnité est fonction de l'ancienneté du salarié :

– la cotisation est versée dès le 1er jour : remboursement de 100 %,
– la cotisation n'est pas versée dès le 1er jour : remboursement en fonction de la durée de versement des cotisations, soit :
  - entre 12 et 60 mois : 50%
  - de 60 à 120 mois : 70%
  - plus de 120 mois : 100%

INFORMATIONS SOCIALES - En cas de départ volontaire à la retraite, les charges sur salaire sont dues.

- **dans le cas d'une indemnité de licenciement**

Cette indemnité est également fonction de l'ancienneté du salarié :

– la cotisation est versée dès le 1er jour: remboursement de 70 %,
– la cotisation n'est pas versée dès le 1er jour, remboursement en fonction de la durée de versement des cotisations, soit :
  - entre 12 et 60 mois : 50 %
  - de 60 à 120 mois : 60%
  - plus de 120 mois : 70%

En cas de fermeture du cabinet dentaire, indiquez une adresse de correspondance (et joindre un RIB obligatoirement) :

_____

_____

Fait à : _____

Date : __ __ / __ __ / __ __ __ __

Cachet et signature **obligatoires** de l'entreprise

Les données personnelles collectées au titre de la gestion de votre contrat peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude afin de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes, ou omissions à risque, et pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les informations demandées sont nécessaires au traitement de votre demande par AG2R RÉUNICA Prévoyance. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, les personnes concernées par ce traitement bénéficient d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui les concernent, sur simple courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des Risques - Conformité, 104-110 Bd Haussmann, 75379 PARIS Cedex 08.

082016-53922