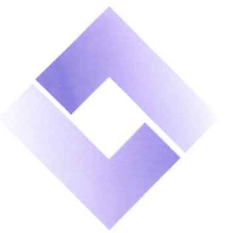


# DECLARATION D'ARRET DE TRAVAIL POUR MALADIE OU ACCIDENT



**a.g.r.s. prévoyance**

## Renseignements concernant L'ENTREPRISE

Raison sociale et adresse :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Contrat n°

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Convention Collective :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Conditions de travail du salarié :

Nombre de jours travaillés par semaine

Taux global des retenues à la charge du salarié :

Tranche 1 : \_\_\_\_\_ %

Tranche 2 : \_\_\_\_\_ %

(S.S., Assedic, Retraite complémentaire, CSG, RDS)

## Renseignements concernant L'ASSURÉ

Nom patronymique

\_\_\_\_\_

Nom marital

Prénom

Adresse

\_\_\_\_\_

Nombre d'enfants à charge

\_\_\_\_\_

N° S.S.

\_\_\_\_\_

Ancienneté du salarié :

Date d'entrée dans l'entreprise

\_\_\_\_\_

Éléments du salaire brut :

Salaire brut du mois de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Primes et gratifications  
(moyenne mensuelle)

(primes : \_\_\_\_\_ mois)

\_\_\_\_\_

Total brut

\_\_\_\_\_

## Renseignements concernant L'ARRET DE TRAVAIL

Cause de l'Arrêt de Travail :

- Maladie professionnelle
- Autre maladie
- Accident de trajet
- Accident de travail
- Autre accident
- Cure thermique

*Mettre une croix  
dans la case  
correspondante*

Date de l'arrêt médical

\_\_\_\_\_

Date du dernier jour de travail

\_\_\_\_\_

Date de reprise de travail

\_\_\_\_\_

Remarque

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Déclaration faite le \_\_\_\_\_

(Signature et cachet de l'Entreprise)

**IMPORTANT.** - Ce document, accompagné obligatoirement des volets S.S., est à adresser à :

Pour toute suite de maladie, en envoyant les volets S.S., préciser le nom et le numéro du contrat de l'Entreprise.

**a.g.r.s. prévoyance**

9, place de l'Hôtel de Ville

42000 Saint-Etienne

Tél. 04 77 32 50 51 - Fax 04 77 33 89 50

courriel : agrs.prevoyance@leguayassurances.com