

Demande de prestations

Indemnité de départ à la retraite ou de licenciement

CCN des Cabinets dentaires (N° 3255)

Retour du document : AG2R LA MONDIALE – TSA 37001 – 59071 ROUBAIX CEDEX 1

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

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 employeur) :

Téléphone : _____

Salarié concerné par la déclaration

☐ Monsieur ☐ Madame

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 : _____

Catégorie d'emploi

☐ Non Cadre ☐ Cadre

Date d'entrée dans le cabinet : _____

Rupture de contrat de travail, date de sortie : _____

Motif : _____

Nature du contrat

☐ Temps complet

☐ Temps partiel Nombre d'heures mensuelles : _____ H

☐ Les 2 successivement :

☐ Temps complet

Début _____ fin _____

☐ Temps partiel

Début _____ fin _____

☐ Nombre d'heures mensuelles : _____ H

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

- Bulletins de salaire des 12 mois qui précèdent le mois de départ ;
- Bulletin de salaire sur lequel figure l'indemnité versée (soit 13 bulletins de salaire au total) ;
- Certificat de travail couvrant toute la période d'activité au sein du même cabinet ;
- Solde de tout compte signé des deux parties (salarié et employeur) ;
- Relevé de compte bancaire correspondant au paiement de l'indemnité et la photocopie du chèque ;
- 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 » ;
- Lettre de démission de l'intéressé dans laquelle il motive son départ à la retraite ;
- Avant l'âge légal, lettre de l'employeur demandant le départ à la retraite et l'accord du salarié ;
- Après l'âge légal, lettre de l'employeur demandant le départ à la retraite du salarié.

En cas de licenciement

- Lettre de licenciement et son accusé de réception ;
- Attestation France travail ;
- Attestation sur l'honneur précisant que le cabinet n'est pas repris par un successeur.

En cas de rupture conventionnelle

- 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 ;
- Inscription à France travail.

Important

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

Grille des salaires (Salaires reconstitués en cas de maladie)

Veillez remplir la grille des salaires figurant ci-dessous :

Mois	Salaire de base	Prime ancienneté	Prime mensuelle	Prime exceptionnelle	Salaire brut
Salaire du mois N – 1 (Mois précédant le mois de 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	_____ 0 €	_____ 0 €	_____ 0 €	_____ 0 €	_____ 0 €

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

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 Prévoyance sera de :

1/ 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 1^{er} jour : remboursement de 100 % ;
- la cotisation n'est pas versée dès le 1^{er} 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.

2/ Dans le cas d'une indemnité de licenciement

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

- la cotisation est versée dès le 1^{er} jour : remboursement de 70 % ;
- la cotisation n'est pas versée dès le 1^{er} 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) :

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

Fait à : _____

Date : _____

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