



DECLARATION DE SINISTRE

SOCIETE _____

Contrat n° _____

Personne à contacter pour ce dossier

Je vous informe du sinistre survenu à notre Collaborateur :

Nom Prénom

Mle Sécurité Sociale _ _ _ _ _ Situation (1) C V D S M Enfts à charge ...

Adresse

.....

Emploi Contrat de travail (1) à temps partiel
 complet

Ancienneté dans l'Entreprise

Date du dernier jour travaillé ___ / ___ / _____

Date du sinistre : **Arrêt de travail** ___ / ___ / _____ **Décès** ___ / ___ / _____

Nature (1) : Avec Tiers Responsable
 Maladie Accident du Travail / Mal. Prof. Accident Sans Tiers Responsable

Rechute d'Accident du Travail (1) : sans rente Date de l'accident initial ___ / ___ / _____
 avec rente

Hospitalisation du ___ / ___ / _____ au ___ / ___ / _____ (*Joindre un bulletin de situation*)

Date de fin de maintien de salaire ___ / ___ / _____

Date de la reprise du travail ___ / ___ / _____ à temps (1) partiel complet

Date de la rupture du contrat de travail ___ / ___ / _____
(1) **Rayer les mentions inutiles**

Certifié exact, le ___ / ___ / _____ à

SIGNATURE ET CACHET

DE L'ENTREPRISE

DOCUMENT A RETOURNER A : APICIL PREVOYANCE - BP 47 - 69 642 CALUIRE ET CUIRE CEDEX

Pièces à joindre : l'attestation de salaires, les bordereaux d'indemnités journalières de la Sécurité Sociale

si le salarié ne bénéficie pas de la télétransmission automatique des dits bordereaux auprès de notre mutuelle.

POUR TOUT RENSEIGNEMENT CONCERNANT CE SINISTRE, CONTACTEZ NOS SERVICES

0 825 560 600 ➤ Fax 04 72 27 79 77

APICIL
PREVOYANCE

Institution
de prévoyance
régie par le code
de la sécurité sociale

38, rue François Peissel
BP 47
69642 Caluire et Cuire cedex
www.apicil.com