



DECLARATION DE SINISTRE

SOCIETE

Contrat n°

Personne à contacter pour ce dossier :



Email :

@

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE

Nom

Prénom

N° Sécurité Sociale

Situation de famille ⁽¹⁾ Célibataire Marié Divorcé Séparé Veuf

Adresse

Emploi

Contrat de travail ⁽¹⁾ à temps Partiel

Date d'entrée dans l'Entreprise

Complet

Date de l'arrêt de travail :

Date du dernier jour travaillé :

Nature ⁽¹⁾ :

Maladie

Accident du Travail / Mal. Prof.

Accident

Avec Tiers Responsable
 Sans Tiers Responsable

Rechute d'Accident du Travail ⁽¹⁾ : Sans rente
 Avec rente

Date de l'accident initial :

Période de maintien de salaire

Au taux de ⁽²⁾ : % du au Montant annuel Brut € Net €

Au taux de ⁽²⁾ : % du au Montant annuel Brut € Net €

* Les indemnités journalières SS sont-elles incluses dans ce montant ⁽¹⁾ OUI NON

Hospitalisation du au (Joindre un bulletin de situation)

Date de la reprise du travail :

à temps ⁽¹⁾ partiel complet

Date de la rupture du contrat de travail :

Certifié exact, le à

SIGNATURE ET CACHET ENTREPRISE

⁽¹⁾ Cocher les mentions correspondantes

⁽²⁾ Indiquer le taux contractuel :

(100%, 90%, 80%, 75%, 70%, 66%, 55%)

POUR TOUT RENSEIGNEMENT CONCERNANT CE SINISTRE, CONTACTEZ NOS SERVICES

0 974 500 700 ➤ Fax 04 26 23 89 63

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

