

# DEMANDE DE PRESTATION D'ARRÊT DE TRAVAIL

(à compléter à l'aide de la notice ci-jointe).

Les sinistres invalidité doivent être déclarés dès la fin de la période de franchise prévue au contrat d'adhésion et au plus tard, dans les 60 jours qui suivent. Concernant les sinistres d'incapacité de travail le délai est d'un an à compter de la date de l'arrêt. La déclaration est à la charge de l'adhérent lorsque le participant fait toujours partie de ses effectifs. Passé ce délai, le service des prestations périodiques prendra effet à la date de la déclaration du sinistre. (Article 13 - Règlement APICIL Prévoyance).

**Vous avez la possibilité d'effectuer cette déclaration en ligne, sur notre site [apicil.com](http://apicil.com)**

## Coordonnées de l'employeur

Dénomination ou Raison Sociale : .....

N° SIRET :

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Nom de la personne à contacter : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

## Identité du salarié

Nom : ..... Prénom(s) : .....

N° de Sécurité sociale :                Clé :   Né(e) le : ...../...../.....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

## Informations complémentaires contrat de travail

Date d'entrée dans l'entreprise : ...../...../.....  Temps complet  Temps partiel

En qualité de :  Cadre  Non cadre  Agent de maîtrise  Autre : .....

## Informations complémentaires arrêt de travail

Date de l'arrêt de travail : ...../...../..... Date du dernier jour travaillé : ...../...../.....

Cause de l'arrêt de travail :

Maladie  Maladie professionnelle  Accident  Accident de travail  Accident de Trajet

L'accident à l'origine de l'arrêt de travail a-t-il été causé par un tiers responsable ?  Oui  Non

Hospitalisation : du ...../...../..... au ...../...../..... (joindre un bulletin de situation)

Date de reprise du travail : ...../...../.....  à temps complet

à mi-temps thérapeutique<sup>(1)</sup>

Date de rupture du contrat de travail (le cas échéant) : ...../...../.....

**(1)** compléter la ligne « salaire mensuel brut ½ temps » au verso

Pour les franchises discontinues : nombre de jours d'arrêts précédents :

année civile

..... jours  sur 12 mois glissants

### Période de maintien de salaire

Au taux de : ...100..... % du ...../...../..... au ...../...../.....

Salaire brut mensuel maintenu <sup>(2)</sup> : ..... Euros Net : ..... Euros

Au taux de : ...100..... % du ...../...../..... au ...../...../.....

Salaire brut mensuel maintenu <sup>(2)</sup> : ..... Euros Net : ..... Euros

### Déclaration des salaires de référence

▪ **Salaire de référence pour la garantie incapacité de travail** : total des rémunérations brutes ayant servi de base au calcul des cotisations sociales des 12 mois précédant l'arrêt de travail<sup>(3)</sup>. **Ce salaire doit être reconstitué en cas de maladie<sup>(4)</sup>** ..... Euros<sup>(5)</sup>

▪ Salaire brut du mois de l'arrêt que le salarié aurait perçu s'il avait travaillé normalement ..... Euros

▪ Taux de charges salariales moyen ..... %

▪ En cas de reprise en ½ temps thérapeutique : salaire mensuel brut ..... Euros

**Si l'intéressé ne compte pas 12 mois entiers de cotisations Prévoyance, merci de préciser ses conditions contractuelles de rémunération annuelle :**

Salaire mensuel moyen brut : ..... X 12 mois

### Suspension du contrat de travail antérieurement à l'arrêt :

oui  non

Si oui, motif : ..... Date de suspension : : ...../...../.....

### Pièces à joindre <sup>(6)</sup>

Bulletin d'hospitalisation

Pour les moins de 200 heures : avis d'arrêt de travail et prolongation + copie du refus Sécurité sociale

### Mode de paiement

Le paiement des prestations sera effectué à l'employeur sauf en cas de rupture du contrat de travail.

**Joindre un Relevé d'Identité Bancaire** (si celui-ci n'a pas déjà été fourni une première fois).

**Cachet de l'entreprise**

**Date et Signature du représentant de l'entreprise**

(2) les indemnités journalières Sécurité sociale doivent être incluses dans ce montant

(3) Dans le cas où votre contrat prévoit une période de référence spécifique, merci de vous référer à la notice explicative ci-jointe

(4) Se référer à la notice explicative ci-jointe

(5) Si le montant est supérieur ou égal à 50 000 Euros, merci de joindre la copie des 12 bulletins de salaires

(6) APICIL Prévoyance se réserve le droit de réclamer ultérieurement tout justificatif nécessaire au contrôle du dossier ainsi que toute autre pièce utile à son instruction.