DECLARATION D'ARRET DE TRAVAIL

Les sinistres incapacité de travail – 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. 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)

Raison Sociale : _____

Numéro Siret : _____

Nom du correspondant sur ce dossier : _____

Email : _____@_____ ☎ : _____

ASSURE(E)

NOM : _____ Prénom : _____

N° Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | |

Situation familiale :_____ Nombre d'enfant : _____

Adresse : _____

_____

Emploi : _____ Contrat de travail à temps : **(1)** ❑ Partiel

Date d'entrée dans l'Entreprise : _____ ❑ Complet

Date de l'arrêt de travail : _____ Date du dernier jour travaillé : _____

Nature : (1)

❑ Maladie ❑ Maternité ❑ Accident du Travail / Mal. Prof. ❑ Accident { ❑ Avec Tiers Responsable / ❑ Sans Tiers Responsable }

❑ Rechute d'Accident du Travail : { ❑ Avec rente / ❑ Sans rente } Date de l'accident initial : _____

Nombre de jours d'arrêt précédents : _____ Jours ❑ Année ❑ Sur 12 mois glissants

Période de maintien de salaire

Au taux de :	% du _____	au _____	Salaire brut mensuel reconstitué* : _____€	Net _____ €
Au taux de :	% du _____	au _____	Salaire brut mensuel reconstitué* : _____€	Net _____ €

* *Les indemnités journalières doivent être incluses dans ce montant*

Hospitalisation : du _____ au _____ (Joindre un bulletin de situation)

Date de la reprise du travail : _____ ❑ A mi-temps thérapeutique ❑ A temps complet

Salaire mensuel brut mi-temps : _____€

Date de la rupture du contrat de travail : _____

Signature et cachet de l'entreprise :

Certifié exact, le _____ à _____

(1) Cocher les mentions correspondantes

POUR TOUT RENSEIGNEMENT: ☎ 0974 500 700

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

ATTESTATION DE SALAIRES

NOM :_____ **Prénom :**_____ **Date de l'arrêt de travail :** _____

N° Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | |

Le salaire de référence correspond aux salaires bruts des 12 mois civils précédents le mois de l'arrêt de travail soumis à cotisation prévoyance.
Il est reconstitué en cas d'arrêt de travail pour maladie, accident du travail ou maternité.

ANNEE MOIS	**SALAIRE BRUT** (Assiette cotisation Prévoyance, primes incluses)	**SALAIRE BRUT RECONSTITUE** (pour absence maladie)	**Nature des Eléments variables** ou **Cause de la diminution**
TOTAUX			

SALAIRE BRUT du mois de l'arrêt :

_____**€**

Taux de charges salariales moyen appliqué :

_____**%**

Suspension du contrat de travail antérieurement à l'arrêt : ❑ oui ❑ non

Si oui, motif : _____

Date : _____

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

Salaire d'embauche brut : _____X _____ mois

Signature et cachet de l'entreprise :

Certifié exact, le :_____à _____