

DEMANDE D'INDEMNITES JOURNALIERES

(à remplir par l'employeur)



CRIA PREVOYANCE HUMANIS PREVOYANCE

Garantie conventionnelle (mensualisation) Incapacité temporaire
 1ère demande Suite indemnisation : ne remplissez pas le pavé «éléments de calcul»

> ENTREPRISE

Je soussigné(e)
Fonction
Représentant l'entreprise
Etablissement
Adresse du site
Numéro d'adhérent

certifie sincères les renseignements indiqués ci-après.

COMMENT REMPLIR CE DOCUMENT ?

- 1- Cochez votre organisme ci-dessus
- 2- Ecrivez en lettres capitales.
- 3- Datez et signez.
- 4- Retournez le à votre organisme à l'adresse suivante :
Immeuble Britannia
20 boulevard Eugène Deruelle
69432 Lyon Cedex 03

> PARTICIPANT

Nom
Nom de naissance
Prénom
N° Sécurité sociale ou MSA
Sexe F M Civilité M. Mme Mlle
Situation de famille célibataire concubin(e) divorcé(e) marié(e) pacsé(e) séparé(e) veuf(ve)
Date de naissance
Adresse

Fonction Date d'entrée dans l'entreprise
Statut Cadre Non Cadre
Contrat de travail à temps Complet Partiel
Trimestre objet du premier versement de cotisations au titre de la présente adhésion : trimestre

> INTERRUPTION D'ACTIVITE

Il s'agit d'une maladie d'un accident sans tiers responsable
 d'une rechute d'un accident causé par un tiers
 d'une maternité d'un accident de travail

Date de l'arrêt de travail

Période prise en charge par la Sécurité sociale ou la MSA du au

A l'issue de cette période, le salarié :

a repris le travail à temps plein le

a repris le travail à temps partiel thérapeutique le
dans ce cas, montant du salaire journalier versé euros

a repris le travail à temps partiel, conformément à son contrat de travail, le

n'a pas repris le travail pour le motif suivant : maladie maternité retraite accident
 invalidité autre, préciser



> ELEMENTS DE CALCUL

Salaire de référence, défini dans les conditions d'adhésion

salaire mensuel brut salaire annuel brut autre

salaire mensuel net salaire annuel net

euros du au

Dernier jour de maintien de salaire par l'employeur, selon accord conventionnel ou de mensualisation :

• à 100 % le

• à % le montant journalier versé euros

• à % le montant journalier versé euros

Si l'adhésion prévoit une majoration, nombre d'enfants à charge

> PIECES A JOINDRE

- Les originaux des décomptes ou une attestation récapitulative de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole depuis le début de l'arrêt pour la première demande et correspondant à la période d'indemnisation, ensuite.
- Pour la première demande, les photocopies des douze bulletins de salaire précédant l'arrêt de travail.
- Un relevé d'identité bancaire de l'entreprise.

Cette liste n'est pas exhaustive et l'organisme assureur se réserve le droit de demander toutes autres pièces nécessaires à l'étude du dossier.

> PERSONNE A CONTACTER (si besoin)

Nom

N° Téléphone N° Fax

e-mail

Je certifie que l'intéressé figure sur les listes du personnel à la date d'ouverture des droits.

A le

Cachet et signature

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander communication ou rectification de toutes informations vous concernant en adressant un courrier à l'organisme assureur, Service Satisfaction Clients – 303 rue Gabriel Debacq, 45 777 SARAN Cedex.