

# 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- Dated et signez.
- 4- Retournez le à votre organisme à l'adresse suivante :  
Centre Régional Saint Sever  
BP2029  
76040 Rouen Cedex

## > 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 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.