

DEMANDE D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES (à remplir par l'employeur)

CCN Sport

- Garantie conventionnelle (mensualisation) Incapacité temporaire
 1^{ère} 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 tout à votre centre de gestion

PARTICIPANT

Nom
Nom de naissance
Prénom
N° Sécurité sociale ou MSA
Sexe F M Civilité M. Mme
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 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
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

Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110 - Siège social : 29, boulevard Edgar Quinet 75014 Paris. • L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09. • Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations que vous nous communiquez sont traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, ou l'organisme gestionnaire par délégation. Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude. Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance. En cas de conclusion d'un contrat, vos données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, vos données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant de votre part (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). Vous trouverez l'ensemble des durées de conservation de vos données sur le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement de vos données personnelles ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à Groupe Humanis - cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant-Couturier - 92246 Malakoff cedex. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Nous pouvons vous demander de nous fournir un justificatif d'identité pour confirmer votre identité avant de répondre à votre demande. Pour en savoir plus, consultez le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>. En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

NOS COORDONNÉES