

Contrat du personnel navigant

1ère demande Suite indemnisation

> 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- Dater 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° Immatriculation ENIM
 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
 Date d'entrée dans l'entreprise
 Statut Officier Marin Catégorie

> INTERRUPTION D'ACTIVITE

S'agit-il d'une maladie d'un accident
 en position embarquée débarquée chronique
 Date de l'arrêt de travail
 Date de reprise d'activité prévue
 En cas d'interruption temporaire, période à indemniser du au
 En cas d'invalidité, date d'effet Taux d'invalidité reconnue %

> ELEMENTS DE CALCUL

Salaire de référence, défini dans les conditions d'adhésion :
 salaire mensuel brut euros
 salaire mensuel net euros
 Pendant sa période d'invalidité, le marin bénéficie :
 d'une pension C.G.P. Prestation en espèces de la C.G.P. euros
 d'une pension C.R.M. Pension C.R.M. cumulable euros
 d'une pension C.G.P. et C.R.M. Avance de l'armateur euros
 La prestation doit être payée directement au bénéficiaire Oui Non



> PIECES A JOINDRE

- Les originaux des décomptes de l'ENIM depuis le début de l'arrêt pour la première demande et correspondant à la période d'indemnisation, ensuite.

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 navigant 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.