

## AVIS D'ARRET DE TRAVAIL

Prévoyance des salariés des Établissements Privés accueillant des personnes âgées  
CCN Unique du 18 avril 2002

N° de contrat \_\_\_\_\_ N° Siret | | | | | | | | | | | | | | | |

Raison sociale de l'entreprise \_\_\_\_\_

Cachet de l'employeur

Personne à contacter

Téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

L'entreprise adhère à la  
convention de gestion

Oui  Non

### Le salarié (le participant)

à remplir en **CAPITALES**

Nom de naissance \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Nom marital \_\_\_\_\_ Date de naissance | | | | | | | | | |

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal | | | | | Ville \_\_\_\_\_

N° de Sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | | | |

Catégorie Professionnelle :  Cadre  Non cadre

Date d'embauche par l'entreprise | | | | | | | | | |

Salarié à temps complet  à temps partiel

Date d'arrêt de travail | | | | | | | | | |

Date de reprise de travail | | | | | | | | | |

Reprise à temps complet  à temps partiel

A cessé le travail par suite de (*raier les mentions inutiles*).

**Accident de travail - Maladie - Accident vie privée**

(*cocher la case correspondante*)

**Accident de circulation**

Oui  Non

**Si l'assuré a 3 enfants ou plus à charge au sens de la Sécurité sociale, indiquer leurs prénom et date de naissance.**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance | | | | | | | | | |

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance | | | | | | | | | |

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance | | | | | | | | | |

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance | | | | | | | | | |

### Déclaration de salaire

#### Arrêt inférieur à 90 jours par année civile

Salaire mensuel brut qu'aurait perçu le salarié s'il avait travaillé  
durant la période (limité au salaire Tranche B) \_\_\_\_\_

#### Arrêt supérieur à 90 jours par année civile

Total des salaires bruts des 6 mois précédant l'arrêt  
(limité au salaire Tranche B) \_\_\_\_\_

**IMPORTANT : Joindre la photocopie de la déclaration de salaire faite à la Sécurité sociale pour le présent arrêt.  
S'il s'agit d'une première demande, joindre un relevé d'identité bancaire.**

Fait à \_\_\_\_\_ Le | | | | | | | | | |

Signature du membre participant  
(précédé de la mention «lu et approuvé»)

# Recommandations d'utilisation

## L'imprimé

Cet imprimé est une pièce comptable. Il doit être obligatoirement :

- complété par vos soins avec la plus grande attention et ne comporter au niveau des salaires déclarés aucune rature ni surcharge. L'institution se réserve le droit de demander à tout moment les justificatifs des salaires déclarés sur le présent imprimé,
- daté, tamponné et signé par le responsable.

L'absence de l'un ou l'autre de ces éléments peut entraîner des retards dans le règlement des dossiers.

## Les justificatifs à joindre

**L'imprimé doit être accompagné**, du premier décompte d'indemnités journalières reçu de la Sécurité sociale ou, pour les signataires à la convention de gestion de la photocopie de l'attestation de salaire faite à la Sécurité sociale (Imprimé CERFA 11135\*2) et de l'avis d'arrêt de travail initial établi par le médecin traitant.

### Que doit faire l'employeur lorsque l'arrêt de travail se poursuit après cette déclaration ?

Transmettre à l'institution **au fur et à mesure de leur réception**, les décomptes de la Sécurité sociale ou, pour les signataires de la convention de gestion, l'avis de prolongation établi par le médecin et la photocopie de l'imprimé CERFA 11135\*2. Il doit également communiquer à l'institution tout renseignement de nature à influencer sur le montant de la prestation.

**En cas de rupture du contrat de travail**, il doit faire parvenir à l'institution la copie de la lettre de licenciement. Il doit en outre signaler toute reprise de travail.

## La réglementation

Le paiement intervient généralement sous quinzaine. Les prestations sont versées sur le compte bancaire de l'entreprise, qui doit établir un bulletin de salaire. A cette occasion vous recevrez une notification de paiement. (Les renseignements fournis sur celle-ci vous permettront de l'établir).

## Rappel des garanties

Tant que le salarié fait partie du personnel, les montants versés à l'employeur sont majorés du précompte salarial.

### Incapacité :

- **point de départ de la garantie :** - l'issue de la période de franchise définie au contrat d'adhésion.
- **montant et durée de l'indemnisation :**  
(personnel cadre ou non cadre) :
  - pendant 90 jours consécutifs ou pas par année civile : 100 % de la rémunération nette qu'aurait perçue le participant s'il avait travaillé. (dans la limite de la tranche B)
  - au-delà de 90 jours et jusqu'au 1 095<sup>ème</sup> jour : 80 % de la rémunération brute.

### En invalidité :

- **montant :**
  - 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie : 85 % du salaire brut de référence, prestations Sécurité sociale comprises <sup>(1)</sup>
  - 1<sup>e</sup> catégorie : 50 % du salaire brut de référence, prestations Sécurité sociale comprises <sup>(1)</sup>
- **durée :**
  - tant que la Sécurité sociale reconnaît l'invalidité
  - jusqu'au 60<sup>e</sup> anniversaire, date à laquelle la Sécurité sociale cesse le versement de la rente.

Les modalités de calcul sont définies au contrat d'adhésion.

\* Les informations sont fournies à titre indicatif. Elles ne tiennent pas lieu d'engagement contractuel.

(1) Dans la limite de la rémunération nette qu'il aurait effectivement perçue s'il avait continué à travailler.