

# DÉCLARATION DE SINISTRE

(À compléter par l'employeur)



## Contrat d'entreprise | Prévoyance | Missions locales Incapacité temporaire de travail



### > ENTREPRISE

Raison Sociale

Siren / Siret

N° Adhérent

Nom du correspondant

Adresse

Tel.

Email

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce document.

Je soussigné, certifie que le salarié ci-dessous désigné, est présent aux effectifs de l'entreprise à la date de signature de la présente déclaration.

À  le         Signature et cachet de l'entreprise

### > SALARIÉ

Nom

Nom de naissance

Prénom

Civilité  M.  Mme Date de naissance

N° de Sécurité sociale ou MSA

Situation de famille  célibataire  concubin(e)  divorcé(e)  
 marié(e)  pacsé(e)  séparé(e)  veuf(ve)

Adresse

Téléphone         Téléphone portable

Email

Fonction

Date d'entrée dans l'entreprise

Statut :  Cadre  Non cadre  Agent de maîtrise

Contrat de travail à temps :  Complet  Partiel : \_\_\_\_\_%

Activité salariée :  Plus de 200 heures  Moins de 200 heures

### POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DÉCLARATION

1- Ecrivez en lettres capitales.

2- Joignez les pièces suivantes :

- RIB de l'entreprise (en cas de 1<sup>ère</sup> déclaration ou de changement de compte)
- Décomptes du régime de protection sociale (quand vous ne bénéficiez pas de services de Prest'ij). Depuis le début de l'arrêt pour la 1<sup>ère</sup> demande et correspondant à la période d'indemnisation ensuite
- Notification de la pension d'invalidité du régime de protection sociale, précisant la date, le montant et la catégorie invalidité
- Certificat médical en cas de rechute
- Pièces justificatives pour les enfants à charge
- Annexe ci-jointe
- Attestations CERFA en cas de reprise à mi-temps thérapeutique
- Si le salarié est licencié son RIB et la photocopie de sa pièce d'identité

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

3- Transmettez le tout à :

**Humanis**  
Service Prestations Prévoyance  
303 rue Gabriel Debacq  
45777 Saran cedex



## > INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

Date de l'arrêt de travail         Origine de l'arrêt :  Maladie  Maladie professionnelle

Accident du travail  
 Accident vie privée

Causé par un tiers\*  Sans tiers responsable

Rechute :  Oui  Non ALD :  Oui  Non Hospitalisation :  Oui  Non

Reprise du travail :  Oui  Non

Si OUI : - A temps complet

- A temps partiel thérapeutique le

Précisez, pourcentage d'activité à temps partiel :  % et montant du salaire journalier versé  euros

\* Remplir le bloc "Accident causé par un tiers"

## > ÉLÉMENTS DE CALCUL

### Salaire de référence, défini dans les conditions d'adhésion

Salaire mensuel brut  euros

Salaire annuel net  euros

**NB :** Pendant la durée des prestations versées par Humanis Prévoyance, vous devez nous déclarer dans les meilleurs délais toute autre rémunération perçue par le salarié

## > ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS

**IMPORTANT :** A remplir en cas d'accident causé par un tiers (cette information est disponible sur l'avis d'arrêt de travail délivré par le praticien).

Préciser la nature de l'accident :  Travail  Circulation  Autres, précisez :

Circonstance de l'accident :

Nom et adresse du tiers responsable :

Coordonnées de la compagnie d'assurance et numéro de contrat tiers :