

DÉCLARATION DE SINISTRE

(À compléter par l'employeur)



CCN de l'Hospitalisation Privée à but lucratif | Prévoyance Incapacité temporaire de travail



> ENTREPRISE

Raison Sociale

Siren / Siret

N° Adhérent

CCN

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 Permanents Saisonniers

Statut : Cadre Non cadre Agent de maîtrise Coefficient hiérarchique

Contrat de travail à temps : Complet Partiel : _____%

Personnes à charge au contrat à compléter si votre contrat prévoit des majorations d'indemnités journalières (Cf. liste des pièces à joindre)

Nom

Prénoms

Date de naissance

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^{ère} 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^{ère} demande et correspondant à la période d'indemnisation ensuite, ceux des arrêts antérieurs quand une franchise discontinue est prévue à votre contrat
- Notification de la pension d'invalidité du régime de protection sociale, précisant la date, le montant et la catégorie invalidité
- Notification Incapacité Permanente précisant la date, le montant et le pourcentage
- Certificat médical en cas de rechute
- Pièces justificatives pour les personnes à charge
- Annexe ci-jointe
- Attestations CERFA en cas de reprise à temps partiel thérapeutique (indiquer le montant net versé sur l'attestation CERFA)
- 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 ultérieurement toutes les autres pièces nécessaires au contrôle ou à l'étude du dossier.

3- Transmettez le tout à :

Humanis
Service Prestations Prévoyance
TSA 60024
59049 Lille cedex

> INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

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

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 le

- A temps partiel thérapeutique le

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

A ne remplir que si passage en invalidité ou en incapacité permanente

Date de passage en invalidité Catégorie invalidité

Date de passage en incapacité permanente Pourcentage %

Destinataire de paiement de la rente d'invalidité : Entreprise Salarié

Contrat de travail rompu (indiquer la date de fin du contrat de travail) :

Préavis payé : Oui, jusqu'au : Non

* Remplir le bloc "Accident causé par un tiers"

> ÉLÉMENTS DE CALCUL

Salaire et période de référence (tels que définis à votre contrat)

Salaire de référence brut euros du au

Salaire de référence net euros du au

Si le salaire de référence est incomplet sur la période de référence, il convient de le reconstituer ⁽¹⁾.

Maintien de salaire par l'employeur, selon accord conventionnel ou de mensualisation : Oui Non

Si oui, renseigner le tableau ci-dessous :

Taux	du	au	Montant journalier brut maintenu	Montant journalier net maintenu

Dernier jour de maintien de salaire par l'employeur (droits épuisés) :

(1) Salarié de moins d'un an d'ancienneté ou en arrêt maladie pendant la période de référence : rétablir le salaire selon les modalités prévues à votre contrat
Les indemnités journalières Sécurité sociale doivent être exclues du montant renseigné

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 :

Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données personnelles en écrivant à l'adresse : Groupe Humanis - cellule CNIL - satisfaction clients - 303 rue Gabriel Debaq - 45777 Saran cedex ou par courriel à contact-cnil@humanis.com. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.



CCN de l'Hospitalisation Privée à but lucratif | Prévoyance

Incapacité temporaire de travail



Raison Sociale

N° Adhérent

Nom du salarié

Prénom du salarié

N° de Sécurité sociale du salarié

> ATTESTATION DE SALAIRES (à compléter selon la base de garanties indiquée dans votre contrat)

Arrêt inférieur à 90 jours par année civile

Salaire mensuel que l'intéressé aurait perçu s'il avait travaillé durant le mois d'absence*

Brut

Net

Arrêt supérieur à 90 jours par année civile

Total des salaires des 6 mois précédant l'arrêt*

Brut

Net

* En cas de prime exceptionnelle, merci de nous l'indiquer ci-dessous

Montant de la prime brute

Montant de la prime nette

Période concernée