

N° d'adhérent _____

A retourner à :

Humanis
 TSA 50023 - 59049 Lille Cedex
 Tél. 09 70 82 04 61 APPEL NON SURTAXÉ

Coordonnées de l'employeur

Dénomination ou raison sociale :
 Enseigne / Sigle :
 N° Siret |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Code Naf |__|__|__|__|
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone : Fax : E-mail :
 Nom de la personne en charge du dossier :

Identité du salarié

Nom :
 Nom de jeune fille :
 Prénom(s) :
 N° de Sécurité sociale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Clé |__|__| Né(e) le : ____/____/____
 Situation : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Partenaire lié par un Pacs Concubin(e)
 Nbre d'enfant(s) à charge :
 Adresse :
 Code postal : Ville :

Informations complémentaires contrat de travail

Date d'entrée dans l'entreprise : ____/____/____ Temps complet Temps partiel
 En qualité de : Cadre Non cadre Saisonnier Autre
 Activité salariée de : Plus de 200 heures Moins de 200 heures (tous employeurs confondus)

Informations complémentaires arrêt de travail

Date de l'arrêt de travail ____/____/____
Cause de l'arrêt de travail :
 Maladie Maladie professionnelle Accident Accident de travail Accident de trajet
 Date de reprise du travail (le cas échéant) ____/____/____
 Date de reprise du travail à mi-temps thérapeutique (le cas échéant) ____/____/____
 Date de rupture du contrat de travail (le cas échéant) ____/____/____
 L'accident à l'origine de l'arrêt de travail a-t-il été commis par un tiers responsable ? Oui Non

Demande de prestation d'arrêt de travail / Décès (suite)

Informations complémentaires Décès

Date du décès : ____/____/____

Déclaration des salaires de référence

Salaire de référence pour la garantie mensualisation : Salaire brut que le salarié aurait perçu s'il avait continué à travailler normalement

(Le montant total des indemnités ne peut être supérieur au salaire net que le salarié aurait perçu s'il avait travaillé normalement)

_____ Euros

Salaire de référence pour la garantie incapacité de travail :

Salaire brut tranches A et B perçu au cours des 12 mois (y compris les primes) précédant l'arrêt de travail

_____ Euros

Salaire net de comparaison pour la garantie incapacité de travail : salaire net à payer des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail

_____ Euros

Taux de charge :%

Pièces à joindre

- Décompte Sécurité sociale
- Copie du dernier bulletin de salaire
- Attestation de reprise de travail
- Notification Sécurité sociale invalidité (le cas échéant)
- Copie des bulletins de salaire
- RIB
- Avis de décès
- Toute pièce ou justificatif demandé par le Centre de gestion au vu de la qualité du ou des bénéficiaires

Mode de paiement :

Arrêt de travail : Le paiement des prestations sera effectué à l'employeur (Sauf en cas de rupture du contrat de travail). Joindre **un relevé d'identité bancaire** (si cela n'a pas été fait une première fois).

Décès : Le paiement des prestations sera effectué au(x) bénéficiaire(s).

Cachet de l'entreprise :

Date et Signature du représentant de l'entreprise :