

> DECLARATION DE SINISTRES EN COURS (reprise de passif)

• Liste des salariés et anciens salariés de l'entreprise en arrêt de travail (Incapacité temporaire de travail, y compris en temps partiel pour raison thérapeutique - Invalidité) à la date d'effet de l'adhésion

| Nom | Prénom | Date de naissance | Catégorie assurée | Salaire annuel précédant l'arrêt de travail | Situation de famille | Nombre d'enfants à charge | Etat : Incapacité ou Invalidité | Date de l'arrêt de travail | Date de mise en invalidité | Catégorie d'invalidité ou taux d'incapacité permanente | Montant Indemnités journalières ou Rentes (préciser le fractionnement) | Contrat de travail rompu (O/N) |
|-----|--------|-------------------|-------------------|---|----------------------|---------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|--|--|--------------------------------|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

• Liste des bénéficiaires percevant une rente éducation ou une rente de conjoint à la date d'effet de l'adhésion

| Nom | Prénom | Date de naissance | Date de décès du salarié | Type de rente RE ou RC | Rente de conjoint RT ou RV | Montant annuel de la rente versée par l'organisme assureur |
|-----|--------|-------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------|--|
| ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RE : Rente Education - RC : Rente de conjoint - RT : Rente Temporaire - RV : Rente viagère

> INSTITUTION DE PREVOYANCE, MUTUELLE OU TOUT ORGANISME ASSUREUR PRECEDENT

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

A le

Signature du dirigeant (précédée de la mention "lu et approuvé")
Cachet de l'entreprise