

Raison sociale de l'Étude

Liste des salariés en INCAPACITÉ ou en INVALIDITÉ à la souscription (À joindre à la demande d'adhésion)

NOMS	Prénoms	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	Catégorie*	Salaire brut TA/TB	Date d'arrêt de travail	Date d'entrée en invalidité	Nom et adresse de l'organisme complémentaire versant actuellement des I.J.** ou des rentes d'invalidité
					Salaire net TA/TB			
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

* Cadres ou non cadres
** I.J. : Indemnités journalières

En cas de fausse déclaration, l'institution se réserve le droit d'appliquer les sanctions prévues par le Code de la Sécurité sociale. Conformément à la loi du 8 janvier 1978, vos salariés disposent d'un droit d'accès et de rectification sur les données personnelles les concernant qui s'exerce auprès de GMC Services, responsable du traitement.

Fait à : Le : Signature et cachet de l'Étude :