

AVIS D'ARRÊT DE TRAVAIL - CHRS

À compléter par l'employeur

Employeur _____

Numéro d'adhésion (indispensable) N° SIRET

Nom de naissance _____ Prénoms _____

Nom marital _____ Né(e) le À _____

Adresse _____

Code postal Ville _____

Situation de famille Célibataire Marié(e) Pacsé(e) En concubinage depuis plus de 2 ans (ou avec un enfant issu d'un concubinage de moins de 2 ans)

Veuf(ve) Divorcé(e) Nombre d'enfants à charge

À compléter si l'assuré a trois enfants ou plus : prénoms et date de naissance des enfants à charge (au sens de la Sécurité sociale)

N° Sécurité sociale

Employé depuis le En qualité de Cadre Non cadre

Temps complet Temps partiel

A cessé son travail par suite de Maladie | Accident vie privée Hospitalisation Accident du travail ou maladie professionnelle

avec un tiers responsable

Le premier jour d'arrêt de travail est le

La date de reprise à temps complet est le

La date de reprise à temps partiel est le OU à mi-temps thérapeutique est le

Pièces à joindre

Les décomptes d'indemnités journalières délivrés par la Sécurité sociale.

Compléter au verso la déclaration de salaires

Mode de paiement

Le paiement des prestations sera effectué à l'employeur.
Joindre un relevé d'identité bancaire à la première demande d'indemnisation de l'entreprise.

Fait à _____ le

Document à retourner à :

HUMANIS PRÉVOYANCE
Service prestations Prévoyance CHRS
8, boulevard Vauban
59024 LILLE CEDEX
Tél : 03.20.42.55.23
Fax : 03.20.42.56.33

Signature et cachet de l'employeur

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander communication ou rectification de toutes informations vous concernant en adressant un courrier à l'organisme assureur, Service Satisfaction Clients - 303 rue Gabriel Debacq, 45 777 SARAN Cedex.

Déclaration des arrêts antérieurs pour la gestion de la franchise

Le salarié a été en arrêt de travail au cours des douze mois précédant la date du sinistre :

Oui Non

Si oui, fournir les décomptes de Sécurité sociale de ces arrêts antérieurs pour lesquels Humanis Prévoyance n'a pas effectué de prise en charge (arrêt géré par un autre assureur ou arrêt non déclaré à Humanis Prévoyance).

Pour les arrêts inférieurs à 3 jours, joindre l'avis d'arrêt de travail établi par le médecin.

Certificats de salaires

(Les sommes sont à déclarer en euros, sans les centimes.)

Salaires bruts (1)		Salaires fictifs (2) et motif de l'absence		
Mois	Brut	Mois	Brut	Motif

IMP1431-02 HUMANISPO7-14 (Ex : PRGDC-006)

Total des salaires _____ € **Total des salaires** _____ €

(1) Salaire fixe brut ayant servi d'assiette de cotisations au cours des 12 mois civils précédant l'évènement ouvrant droit à prestation.
(2) Si l'intéressé a été partiellement absent durant les douze mois précédant celui où se situe l'arrêt de travail (pour maladie ou toute autre raison), indiquer les salaires fictifs qu'il aurait perçus s'il avait travaillé à temps complet.

Statistiques : le salarié est

- Un employé administratif
- Un membre du personnel éducatif
- Un membre du personnel de soin
- Un membre des services généraux
- Un médecin
- Un psychologue
- Un cadre de direction
- Un cadre administratif
- Un cadre fonctionnel

Signature et cachet de l'employeur

