

TRAVAILLEURS HANDICAPÉS - avis d'arrêt de travail

A 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 Pacsé en concubinage depuis plus de 2 ans

Veuf

Divorcé

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

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.

En cas d'hospitalisation, joindre le bulletin d'hospitalisation.

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 CCN 66

8, boulevard Vauban

CS 50002

59043 Lille Cedex

Tél : 03.20.63.45.85

Fax : 03.20.42.56.33

Signature et cachet de l'employeur

Les informations recueillies ont un caractère obligatoire et sont nécessaires au traitement de votre dossier. Conformément à la loi 78/17, vous disposez, auprès du Service Satisfaction client (303 rue Gabriel Debacq 45777 Saran Cedex), d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ces données.

