

■ ARRET DE TRAVAIL

■ DÉCÈS

ENTREPRISE

Je soussigné(e)

Fonction

Représentant l'entreprise

Etablissement

Adresse du site

Code postal Ville

N° Siret N° Code NAF

Téléphone

e-mail @

Certifie sincères les renseignements indiqués ci-après.

COMMENT REMPLIR CE DOCUMENT ?

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Dated et signez.
- 3- Retournez le à votre organisme à l'adresse suivante :
Humanis
20 bd Eugène Deruelle
69432 Lyon cedex 03

PARTICIPANT

Nom

Nom de naissance

Prénom

N° de Sécurité sociale Date de naissance

Sexe F M Civilité M. Mme Mlle

Situation de famille : célibataire concubin(e) divorcé(e) marié(e) pacsé(e) séparé(e) veuf(ve)

Nombre d'enfants à charge

Adresse

Code postal Ville

Date d'entrée dans l'entreprise

Statut Cadre Non Cadre Saisonnier Autre

Activité salariée de plus de 200 h moins de 200 h (*tous employeurs confondus*)

Contrat de travail à temps Complet Partiel

DÉCÈS

Date du décès Cause du décès

Situation de famille au jour du décès Marié Séparé de corps judiciairement Divorcé
 Pacsé En concubinage déclaré

Situation du participant le jour du décès En activité
 En arrêt de travail pour (motif)

Date de cessation d'activité Date de rupture du contrat de travail

Période pendant laquelle une rémunération totale ou partielle a été maintenue par l'employeur en cas d'arrêt de travail :
du au

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

ÉLÉMENTS DE CALCUL

Le montant annuel des appointements servant de base au calcul du capital, conformément aux dispositions de notre adhésion

est de euros

Période de référence du au

PIÈCES À JOINDRE (SELON VOTRE SITUATION)

- Avis d'arrêt de travail ou prolongation (pour les moins de 200 h)
- 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

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).

Cette liste n'est pas exhaustive et l'organisme assureur se réserve le droit de demander toutes autres pièces nécessaires à l'étude du dossier

Je certifie que l'intéressé figure sur les listes du personnel à la date d'ouverture des droits.

A le

Cachet et signature

Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données personnelles en écrivant à l'adresse : Groupe Humanis - cellule CNIL - satisfaction clients - 303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran Cedex ou par courriel à contact-cnil@humanis.com. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.