

Ce bulletin est à compléter à **L'ENCRE NOIRE, EN MAJUSCULES**. Vous devez le retourner à COLONNA FACILITY 41207 ROMORANTIN CEDEX dûment complété et accompagné des pièces justificatives (voir au verso).

**Etablissement:** \_\_\_\_\_ **N° Siret:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Code postal:** \_\_\_\_\_ **Ville:** \_\_\_\_\_

**Assuré(e):**

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'entreprise: \_\_\_\_\_ Statut:  Cadre  Non Cadre

Date de rupture du contrat de travail:<sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ Motif <sup>(4)</sup> voir verso \_\_\_\_\_

Nature du contrat de travail:  CDI  CDD  Saisonnier  Autre<sup>(5)</sup> préciser: \_\_\_\_\_

**Garanties facultatives souscrites:**

mensualisation:  Oui  Non complémentaire <sup>(6)</sup>  Oui  Non

**Motif de l'arrêt de travail:**

maladie  accident de travail  accident de trajet  rechute<sup>(1)</sup> voir verso

maladie professionnelle  mi-temps thérapeutique <sup>(2)</sup> voir verso  invalidité

Date de l'arrêt: \_\_\_\_\_ Date de reprise: \_\_\_\_\_

Nature reprise :  Temps complet  Temps partiel

**Salaire de référence:** 12 mois civils précédant l'arrêt de travail (ou la rupture du contrat de travail) retenus pour le calcul des cotisations sociales (y compris les éléments variables hors primes liées à la rupture du contrat de travail).

MOIS	ANNEE	MONTANT <u>BRUT</u> <small>(rétablir les salaires en cas de maladie, accident ou maternité)</small>	MONTANT <u>NET</u> <small>A COMPLETER UNIQUEMENT POUR LA COMPLÉMENTAIRE</small>	OBSERVATIONS
				1 Primes, 2 Congés sans solde, 3 Mise à pied, 4 Autre

**Maintien temporaire des garanties au titre de l'ANI** (à compléter uniquement si la demande de prestations s'inscrit dans le cadre de la portabilité des droits de l'ex-salarié conformément à l'accord professionnel du 11 janvier 2008).

Durée du dernier contrat de travail (mois entiers) : \_\_\_\_\_ mois

**CADRE RESERVE AU GESTIONNAIRE**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Cachet et signature de l'employeur**

N° DE VISA

DAT2001

V1.00

# MODALITES PRATIQUES

## Demande de Prestations Incapacité de travail – Invalidité

**Veillez compléter le formulaire et joindre les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier**

### Comment compléter le tableau de déclaration des salaires?

MOIS	ANNEE	MONTANT BRUT <small>(rétablir les salaires en cas de maladie, accident ou maternité)</small>	MONTANT NET <small>A COMPLETER UNIQUEMENT POUR LA COMPLÉMENTAIRE</small>	OBSERVATIONS
				<b>CHOIX</b> 1 Primes: 2 Congés sans solde 3 Mise à pied 4 Autre
01	2012	1981,45	2072,40	1 Prime exceptionnelle de fin d'année.

- (1) En cas de rechute : certificat médical de rechute (adressé sous pli confidentiel au Médecin Conseil) précisant la nature de l'arrêt de travail et attestant que le nouvel arrêt résulte de la même affection ou du même accident.
- (2) En cas de reprise d'une activité à temps partiel pour raison médicale : attestation de l'employeur mentionnant, mois par mois, le salaire brut correspondant à l'activité à temps partiel et celui qui aurait été versé en cas de travail à temps complet, ou attestation de versement des allocations chômage du Pôle Emploi ou autres organismes.
- (3) En cas de préavis : retenir la date de fin de préavis qu'il soit effectué ou non.
- (4) Motif de rupture du contrat de travail : 1 = fin de CDD 2 = démission 3 = démission pour motif légitime 4 = licenciement 5 = Licenciement pour faute lourde 6 = rupture conventionnelle 7 = décès
- (5) Nature du contrat de travail, liste non exhaustive. Pour « autres », il faut entendre les travailleurs à temps partiel,...
- (6) Cocher la case « oui » uniquement si l'entreprise a souscrit des garanties de prévoyance collective complémentaires en plus du régime conventionnel obligatoire.

## Pièces à joindre

### A l'appui de la présente déclaration :

- Copie des bulletins de salaire des douze derniers mois qui précèdent l'arrêt de travail, à défaut les derniers bulletins de salaire disponibles, copie de la déclaration unique d'embauche ou tout autre preuve de l'embauche
- Employeurs multiples : attestations de salaires des autres employeurs pour la même période de référence
- Maladie de longue durée (Article L.293) : copie de la notification de la décision délivrée par la Sécurité sociale
- Invalidité : copie de la notification d'attribution définitive de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale
- Si le participant fait toujours partie de l'effectif de l'entreprise : relevé d'identité bancaire de l'employeur (R.I.B.)
- **En cas de rupture du contrat de travail :**
  - ✓ copie du certificat de travail précisant la date à laquelle a eu lieu la rupture, cette date devant tenir compte éventuellement des congés payés et du préavis
  - ✓ copie de l'avis d'imposition ou de non imposition reçu l'année précédente
  - ✓ relevé d'identité bancaire du participant (R.I.B.)
- **En cas d'arrêt de travail dans le cadre du maintien des garanties collectives prévu par l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 (ANI) :**
  - ✓ copie du justificatif de versement de l'allocation au titre de l'assurance chômage délivré par le Pôle Emploi
  - ✓ copie de la notification de prise en charge du Pôle Emploi

### Lors de chaque demande de remboursement :

- Copies des bordereaux de la Sécurité sociale (ou régime assimilé) laissant apparaître la nature des prestations et la période indemnisée

**D'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier peuvent être demandées.**

### IMPORTANT : déclaration tardive

Toute demande formulée en dehors des délais fixés contractuellement ne pourra donner lieu à aucun règlement.