

↳ SOUSCRIPTEUR

Raison sociale : _____

N° de contrat : _____

Collège assuré : _____

↳ ADHÉRENT

Nom / Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

N° Sécurité sociale : _____

Date d'entrée dans l'entreprise : ____/____/____

Date de sortie de l'entreprise : ____/____/____

Salaire annuel brut estimé : _____ €

Nombre d'enfants à charge (si une majoration est prévue au contrat) : _____

Adresse postale complète (requis pour les besoins du suivi médical) : _____

↳ INFORMATIONS CONCERNANT LE SINISTRE

Date de l'arrêt : ____/____/____

Date de reprise de travail (si connue) : ____/____/____

Si reprise du travail, précisez le rythme :

Temps partiel Temps complet

Cause de l'arrêt :

Maladie Maladie professionnelle Accident Accident du travail Maternité

En cas de maternité, veuillez indiquer la date de début du congé prénatal : ____/____/____

En cas d'accident (joindre les détails sur une pièce séparée)

Circonstances du sinistre : _____

Identité, coordonnées et assureurs Tiers Responsable : _____

En cas d'hospitalisation, veuillez préciser la durée d'hospitalisation : _____ jours (joindre le bulletin de sortie)

↳ PIÈCES À FOURNIR

L'instruction de ce dossier s'effectuera à réception de **TOUTES** les pièces ci-dessous :

- Le présent imprimé dûment complété
- Les photocopies des bulletins de salaire des 12 mois d'activité précédant l'arrêt de travail
- Si une majoration pour enfant à charge est prévue au contrat : l'avis d'imposition sur les revenus
- Le relevé d'identité bancaire du souscripteur (ou de l'assuré si ce dernier a quitté l'entreprise)
- Pour les moins de 150 heures : avis d'arrêt de travail et prolongation + copie du refus Sécurité sociale

La compagnie se réserve le droit de demander toute autre pièce. La compagnie se réserve le droit, par l'action de son médecin conseil, de procéder au suivi médical du dossier auprès de l'assuré. Il est rappelé que le paiement des prestations se fera si le Souscripteur est à jour de ses cotisations et si la déclaration annuelle des salaires de l'exercice précédent a été transmise à la Compagnie.



**ADRESSER DANS LES 15 JOURS APRES
L'EXPIRATION DE LA FRANCHISE A :**

prevoyance@gerep.fr

↳ SOUSCRIPTEUR

Le Souscripteur atteste que l'assuré faisant l'objet de la présente déclaration d'arrêt de travail, fait partie du personnel garanti par le contrat de prévoyance à la date d'arrêt de travail. Le Souscripteur certifie exactes les informations communiquées ci-dessus.

Le : ____/____/____

Signature et cachet de l'entreprise :

Les données personnelles collectées et traitées sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat. Ces informations sont obligatoires et ne sont destinées qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la (ou les) finalité(s) déclarée(s). Les données personnelles collectées ne seront pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la réalisation des finalités déclarées et à la gestion des litiges susceptibles d'en résulter, conformément aux règles de prescription applicables et aux règles de conservation des documents comptables. Toute personne concernée peut en demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, demander une limitation du traitement ou s'y opposer, et définir des directives post mortem en écrivant à dpo@apicil.com ou à l'adresse : **Groupe APICIL – Délégué à la protection des données (DPO) – DSI – 38 rue François Peissel, 69300 Caluire-et-Cuire**. Si elle estime que ses droits ne sont pas respectés, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL. Plus de détails sur <https://mon.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles>