

DEMANDE DE PRESTATIONS

(A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR)

INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

DECES

RAISON SOCIALE DU CONTRACTANT

N° DE CONTRAT

NOM ET PRENOM DE L'ASSURE (E) :

ADRESSE :

SITUATION DE FAMILLE :

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE :

OBSERVATIONS :

DATE DE L'ARRET DE TRAVAIL OU DU DECES :

MOTIF DE L'ARRET DE TRAVAIL (maladie, accident, accident du travail...) :

LE TRAVAIL A-T-IL ETE REPRIS ?

A QUELLE DATE ?

PIECES A JOINDRE

EN CAS D'INCAPACITE DE TRAVAIL

- certificat médical précisant la nature et la durée de l'incapacité de travail
- décomptes de la Sécurité Sociale depuis le premier jour de l'arrêt de travail et au fur et à mesure des prolongations
- copie du livret de famille et, le cas échéant, certificats de scolarité pour les enfants à charge de plus de 16 ans (uniquement si le contrat prévoit une majoration des prestations pour charge de famille)
 - relevé des salaires figurant au verso de la présente déclaration, dûment complété

EN CAS DE DECES

- extrait d'acte de décès
- certificat médical post-mortem
- photocopie du livret de famille
- photocopie de la carte d'identité nationale du bénéficiaire, signée et datée
- certificats de scolarité pour les enfants à charge de plus de 16 ans
- relevé des salaires figurant au verso de la présente déclaration, dûment complété

La Compagnie peut être amenée à demander toute autre pièce qu'elle jugera nécessaire à l'instruction du dossier

Signature et cachet du Contractant :

