Demande de prestations

Incapacité de Travail

À retourner dûment rempli et signé à :
UNMI - CENTRE DE GESTION
5 PROMENADE DES CANAUX
54000 NANCY
TÉL. : 03 72 61 02 75
prestations@unmi.eu

Identification de la Mutuelle

Raison sociale .....
ADRESSE .....
.....
CODE POSTAL |_____| VILLE .....

Identification de l'Entreprise

Raison sociale .....
ADRESSE .....
.....
CODE POSTAL |_____| VILLE .....
N° de contrat |_____| N° de Siret |_____|
CCN .....
Référent au sein de l'entreprise .....
Téléphone |_____| Email .....

Identification du Salarié

☐ M ☐ Mme NOM .....
NOM DE JEUNE FILLE .....
PRÉNOM(S) .....
ADRESSE .....
.....
CODE POSTAL |_____| VILLE .....
Date de naissance |__|__|_____| N° de Sécurité sociale |_____|

Déclaration de l'Employeur

- Date d'entrée dans l'entreprise : |__|__|_____|
- Premier jour de l'arrêt de travail : |__|__|_____|
- Absence faisant l'objet de la demande du |__|__|_____| au |__|__|_____|
- Date de reprise du travail : |__|__|_____| ☐ à temps complet ☐ à mi-temps thérapeutique
- Pour les périodes de mi-temps thérapeutique, nous adresser la copie de la déclaration établie pour la Sécurité sociale. **Cette pièce sera à joindre par la suite à chaque envoi de décompte Sécurité sociale.**
- Salaire **trimestriel brut** que l'assuré a perçu **au cours du trimestre civil précédant l'arrêt de travail** (hors primes, compléments de salaires, heures supplémentaires) : ..... €
- Montant des primes, gratifications, compléments de salaire et heures supplémentaires versés au cours des **4 trimestres civils précédents l'arrêt de travail** : ..... €
- Catégorie d'emploi : ☐ Cadre ☐ Non Cadre
- Date de licenciement ou de démission du salarié (joindre la potocopie de la lettre recommandée et un relevé d'identité bancaire) : |__|__|_____|

Pièce à joindre à cette demande

- Décompte de paiement ou de non paiement des indemnités journalières servies par la Sécurité sociale depuis le 1er jour d'arrêt de travail ;
- RIB de l'entreprise ;
- Une attestation relative aux modalités de prise en charge de l'arrêt sur les 12 mois glissants pour les CCN.

Fait à ..... ,

et certifié exact le |__|__|_____|.

Signature et cachet de l'entreprise

PCDPITBRUT - 03/2020

UNMI – Union Nationale Mutualiste Interprofessionnelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité immatriculée sous le SIREN 784718207
Siège social 50 avenue Daumesnil 75012 Paris