



DECLARATION DE SINISTRE

ENSEIGNEMENT PRIVE Personnel « ENSEIGNANT »

Etablissement : _____ N° contrat : _____

Nom du correspondant sur ce dossier :

Email : _____ @ _____ ☎ : _____

ASSURE(E)

NOM : _____ Prénom : _____

N° Sécurité sociale : _____

Situation familiale : _____ Nombre d'enfant : _____

Régime (1) : Spécial des Fonctionnaires Général de Sécurité sociale MSA

Professeur principal ? (1) OUI NON Avec une part ISO modulable ? (1) OUI NON Montant annuel brut _____ €

Adresse : _____

Emploi : _____ Date d'entrée dans l'Entreprise : _____

Contrat de travail à temps : (1) Complet Incomplet Partiel autorisé

Date du dernier jour travaillé : _____

Date du sinistre : Arrêt de travail : _____ Décès : _____

Nature : (1)

Maladie Accident du Travail / Mal. Prof. Accident

Avec Tiers Responsable
 Sans Tiers Responsable

Rechute d'Accident du Travail : Avec rente
 Sans rente

Date de l'accident initial : _____

Durée de travail effectif au cours des 18 derniers mois dans les établissements relevant de l'accord : _____ mois

Date de fin de maintien de salaire à 100 % : _____

Date de la reprise du travail : _____ A temps partiel autorisé A temps partiel pour raison de santé
 A temps complet A temps incomplet

Salaires de référence soumis aux cotisations Prévoyance

Traitement du mois précédant l'arrêt de travail ou le décès brut _____ € net _____ €

Traitement mensuel, au titre de l'activité partielle médicale brut _____ € net _____ €

Certifié exact, le _____ à _____

Signature et cachet :

(1) Cocher les mentions correspondantes

Pièces à joindre :

- les avis de l'arrêt initial et des prolongations d'arrêt de travail
- tous les arrêtés de l'Académie ou du Rectorat précisant les périodes de plein ou de demi-traitement
- les bordereaux d'indemnités journalières de la CPAM ou de la MSA (pour le personnel relevant du régime de la Sécurité sociale)
- les bulletins de salaire du mois du sinistre et du mois précédent
- la copie de la pièce d'identité
- un relevé de l'identité bancaire de l'enseignant, au premier arrêt
- le certificat médical, si reprise d'activité partielle pour raison médicale

Il appartient à l'établissement de communiquer l'avancement à l'ancienneté dans l'échelle de rémunération de l'enseignant ou celle qui lui est substituée en cas de disparition de celle-ci accompagné des justificatifs.

DOCUMENT A RETOURNER au : GROUPE APICIL - PRESTATIONS PREVOYANCE GC - BP 127 - 69643 CALUIRE CEDEX

E.mail : gestion.prevoyance@apicil.com

POUR TOUT RENSEIGNEMENT CONCERNANT CE SINISTRE, CONTACTEZ NOS SERVICES ☎ 04 72 27 78 78

APICIL
PREVOYANCE

Institution
de prévoyance
régie par le code
de la sécurité sociale

38, rue François Peissel
BP 47
69642 Caluire et Cuire cedex
www.apicil.com