DÉCLARATION DE DÉCÈS

Les sinistres décès doivent être déclarés dans les 3 mois suivant l'évènement.
Toutes les actions relatives aux garanties souscrites par les adhérents ou les participants sont prescrites par un délai de 10 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Vous avez la possibilité d'effectuer cette déclaration en ligne, sur notre site **apicil.com**

Coordonnées de l'employeur

Dénomination ou Raison Sociale : .....

N° SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Nom de la personne à contacter : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

Identité du salarié

Nom : ..... Prénom(s) : .....

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Clé : |_|_| Né(e) le : ...../...../.....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Informations complémentaires contrat de travail

Date d'entrée dans l'entreprise : ...../...../..... ☐ Temps complet ☐ Temps partiel

En qualité de : ☐ Cadre ☐ Non cadre ☐ Saisonnier ☐ Agent de maîtrise ☐ Autre : .....

Informations complémentaires décès

Date du décès : ...../...../..... Date de l'arrêt de travail : ...../...../.....

Cause du décès :

☐ Maladie ☐ Accident de travail / Maladie professionnelle

L'accident à l'origine du décès a-t-il été causé par un tiers responsable ? ☐ Oui ☐ Non

Hospitalisation : du ...../...../..... au ...../...../..... (joindre un bulletin de situation)

En cas de décès d'un membre de la famille de l'assuré, merci de préciser :

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Lien de parenté : .....

ATTESTATION DE SALAIRES

Assuré :..... N° Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Date du décès : ...../...../..... Date de l'arrêt de travail : ...../...../.....

Salaire de référence : les salaires des 12 mois civils précédant le mois du décès ou de l'interruption du travail soumis à cotisation prévoyance.
Il est reconstitué en cas d'arrêt de travail pour maladie, accident du travail, maternité.
En cas de décès pendant une période d'incapacité ou d'invalidité, le traitement de base des 12 mois civils précédant la date de l'arrêt de travail est revalorisé en fonction de l'indice de revalorisation prévu aux conditions particulières au contrat d'adhésion.

ANNÉE / MOIS	**SALAIRE BRUT** (assiette de cotisation Prévoyance, primes incluses)	**SALAIRE BRUT RECONSTITUÉ** (pour absence maladie)	**Nature des Eléments variables ou Cause de la diminution**
TOTAUX	0,00	0,00	

Salaire brut du mois du sinistre :

..... **€**

Taux de charges salariales moyen appliqué :

..... **%**

Suspension du contrat de travail intérieurement au sinistre : ☐ OUI ☐ NON

Si OUI motif : .....

Date : ...../...../.....

Certifié exact, le ...../...../..... à .....

SIGNATURE ET CACHET ENTREPRISE