JDG ASSURANCES
ENTREPRISE - SOCIAL - IMMOBILIER

DEMANDE DE PRESTATIONS

Incapacité de travail ☐ Invalidité ☐

S'agit-il d'une demande de prestations dans le cadre de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 (ANI) ☐ Oui Non

(si vous avez coché « Oui », veuillez compléter les informations figurant dans le cadre « Maintien temporaire des garanties au titre de l'ANI »)

Etablissement : _____ N°Siret

Adresse : _____

Assuré(e)

NOM : _____

Prénom : _____

N°de Sécurité Sociale

Date de naissance

Statut : Cadre Agent de maîtrise Employé

Date d'entrée dans l'entreprise

Date de rupture du contrat de travail

Motif (4) : _____

Motif de l'arrêt

- ☐ maladie
- ☐ accident de travail
- ☐ accident de trajet
- ☐ maladie professionnelle
- ☐ rechute (2)
- ☐ mi-temps thérapeutique (3)
- ☐ hospitalisation

Arrêt de travail

Date de l'arrêt

Date d'expiration du maintien de salaire (1)

Date de reprise

Nature reprise : Temps complet
Temps partiel

Maintien temporaire des garanties au titre de l'ANI

Durée du dernier contrat de travail (mois entiers) : _____ mois

Si la société cotise à une garantie complémentaire, est-elle à jour de ses cotisations (part patronale et part salariale) au titre du maintien temporaire des garanties à la date du sinistre ? Oui Non

Date de naissance des enfants à charge *(suivant définition du contrat, joindre justificatifs)*

1er Enfant | 2ème Enfant | 3ème Enfant | 4ème Enfant

Salaire de référence 4 trimestres / 12 mois } Civils précédant l'arrêt de travail (suivant définition du contrat)

Salaire de référence dans le cadre de l'ANI : 12 mois civils précédant la rupture du contrat de travail retenus pour le calcul des cotisations sociales (total des rémunérations brutes y compris les éléments variables hors prime de licenciement).

	MOIS	ANNÉE	MONTANT BRUT (5) voir au verso	MONTANT NET (5) voir au verso	OBSERVATIONS (primes, congés sans solde, mise à pied...) Rétablir les salaires en cas de maladie, accident du travail ou maternité
1er T					
2ème T					
3ème T					
4ème T					

Cachet et Visa de l'Employeur

Fait à _____ le _____

DPIJ GPS 201006A

COLONNA FACILITY pour le compte de JDG ASSURANCES - 41207 ROMORANTIN CEDEX
Tél : 09 82 81 46 26 E-mail : prevoyance@service.jdg-assurances.fr site internet : www.jdg-assurances.fr

DEMANDE DE PRESTATIONS
Incapacité de travail – Invalidité

Pièces à joindre à l'appui de la présente déclaration :

- Copie des bordereaux de la Sécurité Sociale (ou régime assimilé) laissant apparaître la nature des prestations et la période indemnisée.
- Accident de travail : copie de la déclaration d'accident de travail adressée à la Sécurité Sociale.
- Maladie professionnelle : justificatif de la Sécurité Sociale stipulant la date de prise en charge en maladie professionnelle.
- Maladie de longue durée : copie de la notification de la décision délivrée par la Sécurité Sociale
- Invalidité : copie de la notification d'attribution définitive de la pension d'invalidité de la Sécurité Sociale
- Si l'assuré fait toujours partie de l'effectif de l'entreprise : relevé d'identité bancaire de l'employeur (R.I.B.)
- En cas de rupture du contrat de travail :
  - ✓ copie du certificat de travail précisant la date à laquelle a eu lieu la rupture, cette date devant tenir compte éventuellement des congés payés et du préavis
  - ✓ copie de l'avis d'imposition ou de non imposition reçu l'année précédente
  - ✓ relevé d'identité bancaire de l'assuré (R.I.B.)
- En cas d'arrêt de travail dans le cadre du maintien des garanties collectives prévu par l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 (ANI) :
  - ✓ justificatif de versement de l'allocation au titre de l'assurance chômage délivré par le Pôle Emploi depuis moins d'un mois à la date de l'arrêt de travail.
  - ✓ Attestation du Pôle Emploi.

D'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier peuvent être demandées.

(1) Attention : remplir uniquement si le contrat prévoit une indemnisation selon la période de maintien de salaire.

(2) En cas de rechute : certificat médical de rechute (adressé sous pli confidentiel au Médecin Conseil) précisant la nature de l'arrêt de travail et attestant que le nouvel arrêt résulte de la même affection ou du même accident.

(3) En cas de reprise d'une activité à temps partiel pour raison médicale : attestation de l'employeur mentionnant, mois par mois, le salaire brut correspondant à l'activité à temps partiel et celui qui aurait été versé en cas de travail à temps complet, ou attestation de versement des allocations chômage de Pôle Emploi ou autres organismes.

(4) Motif : 1 : fin de contrat de travail, 2 : démission, 3 : licenciement, 4 : décès, 5 : rupture conventionnelle

(5) Attention : concernant le salaire de référence, remplir les salaires suivant la définition du contrat (montant brut ou montant net ou montant brut et net).

Veuillez compléter le formulaire au verso et joindre les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier.

IMPORTANT : déclaration tardive

Toute demande formulée en dehors des délais fixés contractuellement ne pourra donner lieu à aucun règlement.

DPIJ GPS 201106A

COLONNA FACILITY pour le compte de JDG ASSURANCES - 41207 ROMORANTIN CEDEX
Tél : 09 82 81 46 26 E-mail : prevoyance@service.jdg-assurances.fr site internet : www.jdg-assurances.fr