DECLARATION DE DECES

OGEC CADRES ET NON CADRES
Personnel « NON ENSEIGNANT »

Etablissement _____ N° contrat : _____

Nom du correspondant sur ce dossier : _____

Email : _____@_____ ☎ : _____

ASSURE(E)

NOM : _____ Prénom : _____

N° Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | |

Situation de famille :

❑ Célibataire ❑ Marié ❑ Divorcé ❑ Séparé ❑ Veuf ❑ Pacsé ❑ Union libre

Nombre d'enfant(s) : _____

Adresse : _____

_____

Emploi : _____ Contrat de travail à temps : **(1)** ❑ Partiel

Date d'entrée dans l'Entreprise : _____ ❑ Complet

Date du décès : _____ **(joindre l'acte de décès)** Date de l'arrêt de travail : _____

Nature : (1)

❑ Maladie ❑ Accident du Travail / Mal. Prof. ❑ Accident { ❑ Avec Tiers Responsable / ❑ Sans Tiers Responsable }

❑ Autre _____

Hospitalisation du _____ au _____ (joindre un bulletin de situation)

Date de la rupture du contrat de travail : _____

Certifié exact, le _____ à _____

Signature et cachet :

(1) Cocher les mentions correspondantes

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

Déclaration arrêt décès Salariés OGEC - 11-2014

ATTESTATION DE SALAIRES

NOM : _____ **Prénom :** _____**Date du décès :** _____**Date de l'arrêt de travail :** _____

N° Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | |

Le salaire de référence correspond aux salaires bruts des 12 mois civils précédents le mois du décès ou de l'arrêt de travail soumis à cotisation prévoyance. Il est reconstitué en cas d'arrêt de travail pour maladie, accident du travail ou 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.

ANNEE MOIS	**SALAIRE BRUT** (Assiette cotisation Prévoyance, primes incluses)	**SALAIRE BRUT RECONSTITUE** (pour absence maladie)	**Nature des Eléments variables** ou **Cause de la diminution**
TOTAUX			

SALAIRE BRUT du mois du sinistre :

_____**€**

Taux de charges salariales moyen appliqué :

_____**%**

Suspension du contrat de travail antérieurement au sinistre : ❑ oui ❑ non

Si oui, motif : _____

Date : _____

Si l'intéressé ne compte pas 12 mois entiers de cotisations Prévoyance, merci de préciser ses conditions contractuelles de rémunération annuelle :

Salaire d'embauche brut : _____X _____ mois

Signature et cachet :

Certifié exact, le : _____à _____