



Ce document doit être retourné à votre unité de gestion ou à votre conseiller



Vous pouvez effectuer votre déclaration directement sur « mon espace client : vos sinistres »



ARRET DE TRAVAIL PAR SUITE DE :

- | | |
|--|--|
| ☐ Maladie Professionnelle | ☐ Maladie Non Professionnelle |
| ☐ Maternité | ☐ période militaire |
| ☐ Accident Professionnel | ☐ Accident Non Professionnel |

Date de l'accident : __ / __ / ____ (Obligatoire)

Pour nous permettre de traiter rapidement votre dossier, nous vous remercions de bien vouloir joindre à la présente déclaration les pièces suivantes

➤ Dans tous les cas

- Le certificat médical initial et les avis de prolongation éventuels
- La photocopie du ou des bordereaux de sécurité sociale
- La photocopie des 3 derniers bulletins de salaire
- La photocopie des bulletins de salaire des 12 derniers mois si ceux-ci contiennent des éléments variables déclarés

➤ Pour tout arrêt de travail dû à un accident professionnel (y compris accident de trajet)

- La photocopie de la déclaration faite à la sécurité sociale

➤ En cas d'arrêt maternité

- Le document de suivi de grossesse

➤ Pour tout accident causé par un tiers

- La photocopie de la déclaration faite à la sécurité sociale (Déclaration d'un dommage corporel causé par un tiers)

Si vous relevez des CCN Bâtiment ou Travaux Publics

➤ Pour tout arrêt de travail pour maladie et accident non professionnel d'un collaborateur ne comptant pas un an d'ancienneté à la date de début de l'arrêt de travail

- La photocopie du(des) certificat(s) de travail détenu(s) par le collaborateur et lui permettant de justifier de 5 ans de service, continu ou non, dans une ou plusieurs entreprises assujetties au décret du 30 avril 1949 sur les congés payés dans le bâtiment et les travaux publics

➤ A l'occasion d'une période militaire

- La photocopie de l'ordre de convocation sous les drapeaux (recto-verso) ou, à défaut, une attestation de l'autorité qui a délivré cet ordre, faisant ressortir le caractère obligatoire de la période accomplie
- Le certificat de présence au corps pendant la période concernée

VOS INFORMATIONS

N° de sociétaire : _____ Correspondant chargé de ce dossier : _____
Téléphone : ____ / ____ / ____ Mail : _____ @ _____ .

VOTRE COLLABORATEUR

Nom, prénoms _____ Nom de jeune fille : _____
Adresse (N°, rue) _____
Code postal _____ Ville _____
N° de sécurité sociale _____ - ____ Date de naissance : ____ / ____ / ____
Emploi ou fonction : _____
Date d'entrée de l'entreprise : ____ / ____ / ____ Date de nomination dans la dernière classification : ____ / ____ / ____

CLASSIFICATION PROFESSIONNELLE

- ☐ Ouvrier ☐ ETAM (Précisez si nécessaire : ☐ Employé ☐ Technicien ☐ Agent de Maîtrise)
☐ Cadre ☐ Cadre dirigeant



ACCIDENT CAUSE PAR UN TIERS (En cas d'accident de la route, transmettre la copie du constat signé par les 2 parties)

Complétez les informations ci-après (ou transmettez la photocopie de la déclaration faite à la sécurité sociale : Déclaration d'un dommage corporel causé par un tiers).

Circonstances de l'accident : _____

Tiers Responsable : Nom, prénoms _____ Nom de jeune fille : _____

Adresse (N°, rue) _____ Code postal _____ Ville _____

Nom de la compagnie d'Assurance : _____ Numéro de la Police d'Assurance : _____

Numéro du dossier ouvert par la Compagnie : _____

Nom et Adresse de l'Agent d'Assurance ou du Courtier (s'il y a lieu) : _____

L'ARRET

Date de début et de fin de l'arrêt de travail : du __/__/____ au __/__/____

Si la date de début de l'arrêt de travail se situe pendant une période de congés payés, renseignez les dates de début et de fin de congés payés : du __/__/____ au __/__/____

Si votre collaborateur est en période de licenciement, rupture conventionnelle ou de retraite, renseignez la date d'expiration du préavis : __/__/____

Si votre collaborateur est sous CDD, renseignez la date de départ de l'entreprise : __/__/____

Si l'arrêt est dû à une maternité renseignez la date de l'accouchement : __/__/____

Si l'arrêt est dû à un congé d'adoption renseignez la date de l'adoption : __/__/____

LA REMUNERATION (1/2) : ELEMENTS FIXES : Salaire brut « heures normales travaillées » des 3 mois civils précédant l'arrêt de travail.

Attention : Spécificité liée aux CCN Bâtiment et Travaux Publics → lorsque les congés payés sont versés au salarié par l'intermédiaire d'une Caisse de congés payés du bâtiment et des travaux publics, ils ne doivent pas être intégrés dans le salaire versé (puisque déjà pris en compte dans le salaire reconstitué).

Mois de ____/20__ : Salaire versé = _____ €	si mois incomplet, Salaire reconstitué = _____ €
Mois de ____/20__ : Salaire versé = _____ €	si mois incomplet, Salaire reconstitué = _____ €
Mois de ____/20__ : Salaire versé = _____ €	si mois incomplet, Salaire reconstitué = _____ €

LA REMUNERATION (2/2) : ELEMENTS VARIABLES ⁽¹⁾ VERSES AU COURS DES 12 MOIS PRECEDENT L'ARRET DE TRAVAIL.

Heures supplémentaires	_____ €
13e mois	_____ €
Prime de bilan	_____ €
Prime d'ancienneté	_____ €
Prime de chantier	_____ €
Prime d'assiduité	_____ €
Prime de productivité / rendement	_____ €
Autres ⁽²⁾ (précisez) : _____	_____ €
Autres ⁽²⁾ (précisez) : _____	_____ €
Autres ⁽²⁾ (précisez) : _____	_____ €
TOTAL ELEMENTS VARIABLES	_____ €

⁽¹⁾ Ne sont pas pris en compte les congés payés versés par l'intermédiaire d'une Caisse de congés payés, les remboursements de frais (primes de panier, d'outillage, de transport, etc...).

⁽²⁾ Prime fixe, constante et générale

Le sociétaire, soussigné, certifie l'exactitude des renseignements figurant sur ce document.

Fait à : _____

Le : __/__/____

(Signature et Cachet du sociétaire)

Les réponses à ces questions sont obligatoires, toute omission ou déclaration inexacte pouvant entraîner des sanctions comme la déchéance ou le remboursement des sommes versées. L'assureur, responsable de traitement, est amené à recueillir et traiter vos données personnelles nécessaires à la passation, gestion et exécution de votre contrat d'assurance, à la gestion de la relation commerciale ainsi qu'à l'exercice de toute obligation réglementaire. Vos données pourront être transmises à ses partenaires ou aux autorités compétentes. Vous disposez de droits que vous pouvez exercer par courrier postal au siège de l'assureur ou par mail à deleguealaprotectiondesdonnees@groupe-sma.fr. En savoir plus sur notre site internet <https://www.groupe-sma.fr/>