



Entreprise

Raison sociale :

Adresse

.....

Convention Collective appliquée :

Cachet et Numéro
de la mutuelle:

ETAT DES RISQUES EN COURS

1 / 4

A LA DATE DU _____ (DATE D'EFFET DU CONTRAT)

Salariés en arrêt de travail, mi-temps thérapeutique, invalidité ou incapacité permanente indemnisés par la Sécurité sociale

	Numéro de SS	Nom	Prénom	Collège (1)	Date de naissance	Sexe	Nature de l'arrêt (2)	Salaire annuel brut précédent l'arrêt	Montant de la prestation pris en charge par le précédent assureur
1									
2									
3									
4									
5									

	Date de survenance (3)	Type d'indemnisation (4)	Si Mi-temps thérapeutique : Salaire annuel Brut en arrêt de travail	Montant de la prestation Sécurité sociale	Date de mise en invalidité	Situation de famille (5)	Si rente de conjoint demandée : date de naissance du conjoint	Si rente éducation demandée : date de naissance des enfants (6)	Date de reprise (fournir un justificatif)
1									
2									
3									
4									
5									

ETAT DES RISQUES EN COURS

2 / 4

- **Anciens salariés** pris en charge au titre d'un régime de prévoyance en arrêt de travail, mi-temps thérapeutique, invalidité ou incapacité permanente indemnisés par la Sécurité Sociale

	Numéro de SS	Nom	Prénom	Collège (1)	Date de naissance	Sexe	Nature de l'arrêt (2)	Date de licenciement	Montant de la prestation pris en charge par le précédent assureur
1									
2									
3									
4									
5									

	Date de survenance (3)	Type d'indemnisation (4)	Montant de la prestation Sécurité sociale	Date de mise en invalidité	Situation de famille (5)	Si rente de conjoint demandée : date de naissance du conjoint	Si rente éducation demandée : date de naissance des enfants (6)
1							
2							
3							
4							
5							

► Bénéficiaires de rente éducation et/ou de conjoint auprès desquels votre entreprise est engagée
ou incapacité permanente indemnisés par la Sécurité Sociale

	Numéro de SS	Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	Nature de la rente (Education / Conjoint / Handicapé / Allocation orphelin)	Montant de la prestation pris en charge par le précédent assureur (7)	Terme de la prestation (8)
1								
2								
3								
4								
5								

(1) Collège

Cadres et assimilés C
Non cadres NC
Agents de maîtrise AM

(2) Nature de l'arrêt

Incapacité temporaire totale ITT
Invalidité 1e catégorie INV1
Invalidité 2e catégorie INV2
Invalidité 3e catégorie INV3
Incapacité permanente (ex : taux 70%) INC70

(3) Date de survenance

date d'arrêt pour l'incapacité temporaire totale

(4) Type d'indemnisation

Mi-temps MT
Temps Plein TP

(5) Situation de famille

Célibataire, veuf, divorcé, séparé, concubin C
Marié M
Partenaire de PACS P
La lettre doit être suivie du nombre d'enfant(s) à charge
Ex : marié, 2 enfants à charge = M2

(6) date de naissance des enfants

Pour les enfants handicapés :
Faire suivre la date de naissance de la mention "H"

(7) Montant de la rente

Faire suivre le montant indiqué de la périodicité, en distinguant la part viagère de la part temporaire :

Presation journalière J
Prestation mensuelle M
Prestation trimestrielle T
Prestation annuelle A

(8) Terme de la prestation

Préciser l'âge du terme ou le caractère viager

L'entreprise _____
certifie exactes et sincères les informations figurant sur ce document. Elle reconnaît que toute fausse déclaration de sa part ou tout réticence de nature à atténuer l'importance du risque entrainerait la nullité du contrat de prévoyance.

Fait à : _____

Le : _____

Nom et qualité du signataire : _____

Signature :

Cachet de l'entreprise :

Conformément à la loi Informatique et libertés, nous vous informons que la réponse à ces questions est obligatoire pour la souscription de la garantie. Elles sont destinées à l'organisme ayant recueilli votre adhésion, ainsi qu'à l'UNPMF en tant que responsable de traitement, et aux réassureurs pour la gestion de votre garantie. Elles pourront également, sauf opposition de votre part, être communiquées à des organismes partenaires à des fins de prospection, ou être utilisées pour le compte de ces derniers, et vous pourrez ainsi recevoir leurs offres.

Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci contre :

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification qui s'exerce auprès de l'UNMF ainsi qu'auprès de l'organisme ayant recueilli votre adhésion.