





IT2

DÉCLARATION DE REPRISE DE TRAVAIL

A adresser à : NOVALIS Prévoyance - ASSURANCE DE PERSONNES  
45777 Saran Cedex

N° Cristal 0 969 39 71 71 - Fax : 01 58 82 40 75  
APPEL NON SURTAXE

Adresser à l'organisme l'exemplaire IT2 (REPRISE)

ENTREPRISE

(Mention obligatoire)

N° établissement de gestion

P1

Raison Sociale

Nom du correspondant

Adresse

Code Postal Bureau distributeur

N° téléphone

N° Sécurité sociale

PARTICIPANT

Nom usuel Prénom

Nom de jeune fille Nationalité

Né(e) le Célibataire  Marié(e)  PACS  Concubin(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Séparé(e)

Adresse

Code Postal Bureau distributeur

PERSONNES À CHARGE\* AU SENS DU RÈGLEMENT

NOM

Prénom

Date de naissance

\* Pour les enfants de plus de 18 ans joindre justificatifs

ARRÊT DE TRAVAIL

Date d'entrée dans l'entreprise

Cause de l'arrêt de travail :  Maladie  Maladie professionnelle

Date de l'arrêt de travail

Accident  Maternité  Accident du travail

RÉMUNÉRATIONS

(voir au verso)

Montant de la rémunération annuelle

BRUTES

NETTES

(En Euros arrondis)

Maintien du salaire par l'entreprise :

• Convention collective appliquée Classification hiérarchique à la date de l'arrêt de travail

• Jusqu'à quelle date l'entreprise est-elle tenue de verser à l'intéressé(e) en application des dispositions de la convention collective de travail en vigueur dans l'entreprise :

Le salaire plein les 3/4 du salaire le demi-salaire

REPRISE DU TRAVAIL

Date de reprise du travail dans l'établissement Date de licenciement ou démission

Cachet de l'Établissement

Signature du Chef d'Établissement