

IT1 DÉCLARATION D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

A adresser à : **Groupe NOVALIS - ASSURANCE DE PERSONNES**

64 bis rue de Monceau - 75378 Paris Cedex 08

0 820 820 455 - Fax : 01 58 82 41 08
K134 TTC / MN

Adresser à l'organisme l'exemplaire IT1

Toutes les réponses sont nécessaires au traitement de la demande. Le responsable du traitement est NOVALIS Prévoyance.

ENTREPRISE

(Mention obligatoire)

Raison Sociale.....

Nom du correspondant.....

Adresse.....

Code Postal [] Bureau distributeur.....

N° téléphone []

N° établissement de gestion

PGM []

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 mensuelle

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 []

Le.....

Cachet de l'Établissement

Signature du Chef d'Établissement

