NOVALIS

NOVALIS Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale
Siège social : 7 rue de Magdebourg - 75116 Paris

P23

DÉCLARATION D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL
CCN de l'hospitalisation privée

A adresser à : **NOVALIS Prévoyance - ASSURANCE DE PERSONNES**
45777 Saran Cedex
N°Cristal 0 969 39 71 71 - Fax : 01 58 82 40 30
APPEL NON SURTAXE

CLINIQUE/ÉTABLISSEMENT

(Mention obligatoire)

N° établissement de gestion
P23 |_|_|_|_|_|_|_|

Raison Sociale .....
Nom du correspondant .....
Adresse .....
Code Postal |_|_|_|_|_| Bureau distributeur .....
N° téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| N° Fax |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
NB : si le salarié est à employeurs multiples, cocher la case ☐

PARTICIPANT

N° Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom usuel ..... Prénom .....
Nom de jeune fille ..... Né(e) le |_|_|_|_|_|_|
Adresse .....
Code Postal |_|_|_|_|_| Bureau distributeur .....

ARRÊT DE TRAVAIL

Date d'entrée dans l'entreprise |_|_|_|_|_|_|
Date de l'arrêt de travail |_|_|_|_|_|_| Date de reprise |_|_|_|_|_|_|
Cause de l'arrêt de travail : ☐ maladie ☐ maladie professionnelle ☐ accident ☐ accident du travail

RÉMUNÉRATIONS

(salaire de base augmenté des primes nettes que le salarié aurait perçu s'il avait travaillé)

La clinique/l'établissement devra nous indiquer la rémunération nette maintenue* au salarié pour la période pendant laquelle le salarié est déclaré en arrêt de travail.

* La rémunération nette maintenue est constituée par les indemnités journalières de la Sécurité sociale et celles attendues de NOVALIS Prévoyance, ces dernières étant seules majorées à hauteur de 60 % des charges sociales salariales.

Période du ..... au	Perte de salaire nette	Indemnités journalières Sécurité sociale	Montant net	Indemnités prévoyance**
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

** Indemnités journalières nettes complémentaires chargées.

PIÈCE À FOURNIR

Le bordereau Sécurité sociale justifiant du versement de prestations journalières maladie ou accident.

À .....
le .....

Signature et cachet de l'entreprise

P23 - Mod. 5520 - 09/2009