

SALAIRES DE L'ASSURÉ (à renseigner par l'adhérent)

Salaires bruts soumis aux cotisations sociales (**hors : frais professionnels, primes exceptionnelles, 13^e mois, rappels divers, heures sup...**) des 3 mois civils qui ont précédé l'arrêt de travail faisant l'objet de la présente demande de prise en charge **(A)**

Brut	Net
€/trimestre	€/trimestre

Montant des primes, gratifications diverses, éléments de salaires variables (rappels divers, heures sup...) soumis aux cotisations sociales des 12 derniers mois qui ont précédé l'arrêt de travail **(B)**

Brut	Net
€/an	€/an

TOTAL ANNUEL = (A x 4) + B

Brut	Net
€/an	€/an

L'entreprise certifie par la présente déclaration et atteste que l'assuré, M..... appartenait à la catégorie de personnel visée par les dispositions du contrat souscrit auprès de la CARCEPT- Prévoyance et figurait sur ses contrôles à la date de l'événement mettant en cause ces garanties.

Fait à : Date

POUR TOUT RENSEIGNEMENT, S'ADRESSER À

M./Mme

Tel

E-mail

MENTION OBLIGATOIRE

Cachet et signature de l'entreprise