

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

Salaire (soumis aux cotisations sociales) des **12 mois civils** qui ont précédé l'arrêt de travail faisant l'objet de la présente demande de prise en charge

Brut
€ / an

Net
€ / 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 le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

POUR TOUT RENSEIGNEMENT, S'ADRESSER À

M./Mme.....

Tel

E-mail

MENTION OBLIGATOIRE

Cachet et signature de l'entreprise