

## COUVERTURE PREVOYANCE IEG

### DÉCLARATION DE CONGÉ DE SOLIDARITÉ FAMILIALE (CSF)

Formulaire, accompagné des pièces justificatives à adresser par courrier à :  
**QUATREM – Prestations Prévoyance Grand Est – TSA 20002 – 78075 ST QUENTIN EN YVELINES CEDEX**  
Ou par mail à :  
**drge-prestations@malakoffhumanis.com**

#### ENTREPRISE ADHÉRENTE

*Partie à remplir par l'entreprise adhérente*

N° contrat : 25108..... Numéro de siren.....

Raison sociale de l'entreprise adhérente.....

Adresse :.....

Coordonnées de l'interlocuteur RH / gestionnaire du contrat de travail en charge du dossier :

Prénom / Nom.....

Téléphone : ..... Email .....

#### IDENTIFICATION DU SALARIÉ

*Partie à remplir par le salarié*

N° Sécurité sociale: ..... Matricule /NNI: .....

Nom: Mme / M: ..... Nom de naissance:.....

Prénom :..... Date de naissance: ...../...../.....

Adresse .....

Numéro de téléphone\* : ...../...../...../...../..... Email\*: .....@.....

Situation de famille: Marié(e)  Célibataire  Divorcé(e)  Veuf (ve)

Situation professionnelle : Temps plein  Temps partiel

\*Information Indispensable pour bénéficier des prestations de la plate-forme de niveau 2

#### RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU CONGÉ

Date du début du congé: ...../...../..... Type d'arrêt: Nouveau congé  Prolongation

Date de fin de congé : ..... / ..... / .....

## TABLEAU A RENSEIGNER (1)

| PERIODE INDEMNISEE |    | Nombre de jours indemnisés pour l'AJAP complémentaire | Salaire net à garantir sur la période indemnisée | Taux de charges salariales | AJAP nette | Montant total réglé au titre de l'AJAP complémentaire brute |
|--------------------|----|---|--|----------------------------|------------|---|
| Mois de .....      |    |   |  |                            |            |   |
| Du                 | Au |   |  |                            |            |   |
| Du                 | Au |   |  |                            |            |   |
| Du                 | Au |   |  |                            |            |   |
| Du                 | Au |   |  |                            |            |   |
| Du                 | Au |   |  |                            |            |   |
| Du                 | Au |   |  |                            |            |   |
| Du                 | Au |   |  |                            |            |   |
| Du                 | Au |   |  |                            |            |   |
| Du                 | Au |   |  |                            |            |   |
| Du                 | Au |   |  |                            |            |   |

(1) Informations obligatoires

**Joindre les pièces justificatives suivantes:**

- A l'ouverture du dossier
  - RIB de l'entreprise adhérente
  - copie cerfa n°14555\*01 (CSF)
- Pour chaque période indemnisée
  - la présente déclaration
  - copie du bulletin de salaire de la période indemnisée
  - copie du bulletin de salaire du mois précédent l'arrêt

### SIGNATURE OU VISA DE L'EMPLOYEUR

Fait à ..... le ...../...../.....