



COUVERTURE PREVOYANCE IEG

DÉCLARATION DE CONGÉ DE SOLIDARITÉ FAMILIALE (CSF)

Formulaire, accompagné des pièces justificatives à adresser par courrier à :
QUATREM – Prestations Prévoyance AT – TSA 20002 – 78075 ST QUENTIN EN YVELINES CEDEX
Ou par mail à :
prest.prev.int.at@malakoffmederic.com

ENTREPRISE ADHERENTE

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 SALARIE ASSURE

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
Du : jour/mois/année	Du : jour/mois/année					
Du...../...../.....	Au...../...../.....					
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

- 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/...../.....