

DEMANDE D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Attestation à remplir par l'employeur

Désignation de l'employeur :

NOM ET PRÉNOM de l'adhérent :

N° SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ASSURÉ :

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

- Agent affilié à la CNRACL Agent affilié à l'IRCANTEC Agent Horaire
 Temps complet Temps incomplet

Bénéfice de 2/3 du traitement à partir du 31^{ème} jour d'arrêt de travail pour 3 enfants à charge
 OUI NON

L'agent bénéficie-t-il du décret 2011-1245 du 5 octobre 2011 relatif à l'extension du versement du demi-traitement à l'expiration des droits statutaires en attente d'une mise à la retraite pour invalidité ou d'une décision de l'administration ?
 OUI NON

RENSEIGNEMENTS SUR L'ARRÊT DE TRAVAIL

Date du début de l'arrêt de travail :

Nature du congé : Maladie ordinaire Longue maladie Longue durée Accident de travail

Nous préciser la date, si l'agent a repris son activité :

Périodes à indemniser : Du Au Soit : Jours
Du Au Soit : Jours

Avez-vous connaissance d'une adhésion à un contrat de prévoyance pouvant garantir un revenu complémentaire en cas de perte de salaire ?
 OUI NON

Pièces à joindre à la présente demande d'indemnisation

La photocopie du dernier bulletin de paie

Les décomptes de la sécurité sociale uniquement si l'assuré perçoit lui-même les indemnités de l'assurance maladie

Fait à :

Le :

SIGNATURE ET CACHET DE L'EMPLOYEUR (OBLIGATOIRE)

MUTAME & PLUS

Siège Social
Agence Normandie
Agence Bourgogne-Franche-Comté
Agence Centre-Val de Loire
E-mail : contact@mutame-plus.fr

CS 72208 - 4, rue Emile Enault
19 bis, Place Saint Sauveur
1, rue Strolz
1, rue du Faubourg Banner
www.mutame-plus.fr

50008 SAINT-LÔ Cedex
14000 CAEN
90007 BELFORT Cedex
45057 ORLÉANS

■ 02 33 05 29 20
■ 02 31 86 00 15
■ 03 84 46 64 90
■ 02 38 65 46 80

