

DEMANDE DE REMBOURSEMENT ARRÊT DE TRAVAIL



DEMANDEUR

Apposer le cachet de l'entreprise

DESTINATAIRE

N° de Sociétaire

Correspondant chargé de ce dossier _____

Téléphone

Télécopie

Demande adressée par suite de :

(préciser)

- MALADIE PROFESSIONNELLE
 MALADIE NON PROFESSIONNELLE
 MATERNITÉ
 PÉRIODE MILITAIRE
 ACCIDENT PROFESSIONNEL
 ACCIDENT NON PROFESSIONNEL

Date

Date

**compléter
obligatoirement
la page 2**

➔ **IMPORTANT : pour nous permettre de vous servir rapidement, merci de joindre les documents mentionnés en page 4.**

VOTRE COLLABORATEUR

Nom, prénoms _____ Nom de jeune fille _____

Adresse (N°, rue) _____

Code postal Ville _____

N° Sécurité sociale date de naissance

Emploi ou Fonction

Date d'entrée
dans l'entreprise

et

date de nomination dans la
dernière classification

Classification professionnelle

- 5 Ouvrier
 3 ETAM
 2 IAC
 1 Personnel Dirigeant
 4 ETDA (Employé, Technicien, Dessinateur et
Assimilé d'un BET, Ingénieur Conseil ou Architecte)
 6 Collaborateurs des métreurs vérificateurs et TEC



L'ARRÊT

■ **Dates de début et de fin de l'arrêt de travail**

du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_|

Si la date de début de l'arrêt se situe pendant une période de congés payés

■ **Dates de début et de fin des congés payés**

du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_|

Si le collaborateur est en période de licenciement ou de retraite

■ **Date d'expiration du préavis**

|_|_|_|_|_|_|_|_|

Si le collaborateur est sous CDD

■ **Date de départ de l'entreprise**

|_|_|_|_|_|_|_|_|

Si l'arrêt est dû à une maternité

■ **Date d'accouchement prévue**

|_|_|_|_|_|_|_|_|

Si l'arrêt est dû à un congé d'adoption

■ **Date de l'adoption**

|_|_|_|_|_|_|_|_|

LA RÉMUNÉRATION

ÉLÉMENTS FIXES

Salaire brut «Heures normales travaillées» des 3 mois civils précédant l'arrêt de travail

mois	année	salaire versé	Salaire reconstitué si mois incomplet

ÉLÉMENTS VARIABLES

Rémunérations variables (*) versées au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail,
telles que :

■ Heures supplémentaires	
■ 13 ^e mois	
■ Prime de bilan	
■ Prime d'ancienneté	
■ Prime de productivité / rendement	
■ Prime de chantier	
■ Prime d'assiduité	
TOTAL	

* Ne sont pas pris en compte :
les congés payés,
les remboursements
de frais (primes de
panier, d'outillage,
de transport, etc.).



Le sociétaire, soussigné, certifie l'exactitude des renseignements figurant sur ce document.

Fait à

(Signature et Cachet)

le

Les réponses à ces questions sont obligatoires, toute omission ou déclaration inexacte pouvant entraîner des sanctions comme la déchéance ou le remboursement des sommes versées. Ces informations, qui nous sont destinées, ne seront diffusées à l'extérieur que pour les seuls besoins d'exécution de votre contrat. Vous pouvez en obtenir la communication ainsi que leur éventuelle rectification auprès de SMABTP Service Support, 8 rue Louis Armand, CS 71201 - 75738 PARIS CEDEX 15.

Documents à joindre

■ Dans tous les cas :

- Le certificat médical initial et les avis de prolongation éventuels ;
- La photocopie du ou des bordereaux de Sécurité sociale.



■ Pour tout arrêt de travail dû à un accident professionnel :

- La photocopie du double de la déclaration faite à la Sécurité sociale.



■ A l'occasion de tout arrêt de travail pour maladie ou accident non professionnel d'un collaborateur ne comptant pas un an d'ancienneté à la date de début de l'arrêt de travail :

- La photocopie du ou des certificats de travail détenus par ce collaborateur et lui permettant de justifier de cinq ans de service, continu ou non, dans une ou plusieurs entreprises assujetties au décret du 30 avril 1949 sur les congés payés dans le bâtiment et les travaux publics.



■ A l'occasion d'une période militaire :

- La photocopie de l'ordre de convocation sous les drapeaux (**recto et verso**) ou, à défaut, une attestation de l'autorité qui a délivré cet ordre, faisant ressortir le caractère obligatoire de la période accomplie ;
- Le certificat de présence au corps pendant la période concernée.