MUTUELLE DE L'INSEE
SANTÉ PRÉVOYANCE SOLIDARITÉ

ALLOCATION EN CAS DE CONGE D'ACCOMPAGNEMENT

(Ce document et les pièces justificatives sont à remettre à votre commission de gestion locale de la Mutuelle de l'INSEE)

ADHERENT

N° de Sécurité Sociale : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| Date de naissance : |___|___|___|___|__ |___|

NOM : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Téléphone domicile: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Situation de famille : ❒ Célibataire ❒ Marié(e) ❒ Concubinage ❒ En instance de divorce

❒ Veuf(ve) ❒ Séparé(e) date de séparation : |___|___|___|___|___|___| ❒ PACS ❒ Divorcé(e)

Adresse personnelle : .....

.....

|___|___|___|___|___| .....

Demande de paiement d'indemnités journalières

Mois :	Date de début du congé	Date de fin du congé	Nombre de jours	Montant	Total
				25 €	
				25 €	
				25 €	
				25 €	
				25 €	

Cette demande peut être remplie mensuellement ; joindre une attestation d'absence de l'employeur pour la période concernée

Pièces à joindre

- ❒ Demande de congé d'accompagnement
- ❒ Décision de l'employeur
- ❒ Certificat médical ou attestation de soins palliatifs
- ❒ En cas de congé fractionné : justificatif des absences mensuelles
- ❒ Relevé d'identité bancaire

Date et Signature :