

Entreprise :

Numéro d'affiliation _____

Caisse Patronales Sociales MEROBA
Case postale 279
1001 Lausanne

Absence justifiée - Demande d'indemnisation

- un cas par feuille
- ne concerne pas les naissances sauf exception

No.ouvrier	Nom et prénom	Motif de l'absence (pour un décès, indiquer la filiation)	Date(s) absence	Adresse de paiement sur laquelle nos caisses doivent verser l'indemnité				
_____	_____ _____ _____	_____	_____ _____	Employé CCP _____ Ou _____ Banque _____				
	Nouvelle adresse en cas de déménagement : _____ _____	Assujettis à l'impôt à la source ? <table border="1"><tr><td>Oui</td><td>Non</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr></table>	Oui	Non	_____	_____	Salaire horaire le jour de l'absence _____	Entreprise CCP _____ Ou _____ Banque _____
Oui	Non							
_____	_____							

Pour toutes les absences, un justificatif doit être joint :


Mariage..... Copie de l'acte de mariage

Décès..... Copie de l'acte de décès de l'état-civil **et** copie du ou des livrets de famille pour confirmer le lien de parenté ou copie de l'avis mortuaire si le nom de l'ayant droit y figure + indication du lien de parenté. **Les attestations relatives au transport par l'entreprise de pompes funèbres ne sont pas valables.**

Déménagement..... Copie du nouveau bail à loyer **ou** attestation de domicile : 1. si l'employé est propriétaire de son nouveau logement 2. s'il n'a pas de bail à loyer à son nom. **Les inscriptions ou factures EDG - GDF ne sont pas acceptées.**

Pompiers Copie de la **convocation** et du **livret de service** où est inscrite la participation au cours.

Inspection militaire... Copie du livret militaire où figure l'inscription du jour de l'absence

 Pour les personnes assujetties, nous versons, dans tous les cas, le montant de l'indemnité directement à l'employeur qui devra prélever l'impôt à la source.

Timbre et signature de l'entreprise :

Date : _____

Paiement dans les 15 jours ouvrables dès réception de la demande

A remplir par la Caisse

_____ J x 8 h _____ x Fr _____ Fr.....

./. AVS/AC/LPCFam Fr.....

Indemnité nette Fr.....

Payé le _____