

Demande de remboursement

CCN des Entreprises artisanales de la boulangerie et boulangerie pâtisserie [n° 3117]

Indemnité de fin de contrat de travail

Personnel cadre et non cadre IFC

Retour du document :

– AG2R LA MONDIALE – TSA 37001 – 59071 ROUBAIX CEDEX 1

– cg.capsud-prestationsprevoyance@ag2rlamondiale.fr

Pour toute question concernant la constitution de ce dossier, appelez-nous au
0 972 672 222 (appel non surtaxé)

Entreprise

Nom et adresse de l'employeur : _____

N° de SIRET : _____

N° de contrat Prévoyance : _____ [P]

Personne à contacter : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Adresse de correspondance (si différente de l'adresse de
l'employeur) : _____

Rappel des dispositions

Le remboursement de l'indemnité de fin de contrat de 10 %
due à l'issue d'un contrat à durée déterminée n'intervient que
dans le cas suivant :

– remplacement d'un salarié dont le contrat de travail a été
suspendu.

Cette prise en charge ne modifie en rien les obligations légales
de l'employeur vis-à-vis du salarié ; il demeure responsable du
respect de ces obligations.

Salarié

Nom d'usage du salarié dont le contrat de travail a été
suspendu : _____

Nom de naissance : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

Commune de naissance : _____

Département de naissance : _____

Pays de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Motif d'absence : _____

Période d'absence : _____

du _____ au _____

Nom d'usage du salarié ayant repris le poste de travail sous
contrat à durée déterminée : _____

Nom de naissance : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

Commune de naissance : _____

Département de naissance : _____

Pays de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Période du contrat de travail à durée déterminée :

du _____ au _____

Montant du règlement

A- Montant de l'indemnité de fin de contrat : _____ €

B- Montant forfaitaire 52 % charges patronales : _____ €

C- Montant à remboursement (A + B) _____ 0,00 €

Je soussigné, M _____

agissant en qualité de _____

du fonds de commerce, atteste sur l'honneur que le poste de travail de M _____

n'a pas été supprimé à l'issue du contrat à durée déterminée et

que les renseignements précisés sont exacts.

Point d'attention :

les remboursements sont dus dans un délai de 2 ans à compter de l'événement.

Fait à : _____

Date : | | | | | | | | | |

Pour valoir ce que de droit, signature :

Justificatifs à produire

- Relevé d'identité bancaire ou postal (RIB ou RIP) de votre fonds de commerce lors de la première demande.
- Copie du contrat à durée déterminée.
- Justificatif correspondant au motif de remplacement (ex : décompte d'indemnités journalières délivré par la Sécurité sociale, lettre de demande de congé parental, etc...).
- Copie de la feuille de paie mentionnant l'indemnité de fin de contrat.

Important

Suite à l'examen du dossier, des pièces complémentaires pourront être demandées.