

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONGÉ DE DEUIL



Caisse de
PRÉVOYANCE SOCIALE
Saint-Pierre et Miquelon

Date de la déclaration :

Lieu :

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU BÉNÉFICIAIRE :

N° de sécurité Sociale du salarié :

Nom :

Prénom :

Adresse :

DATES DE PRISE DU CONGÉ (SI VOUS SOUHAITEZ PRENDRE VOTRE CONGÉ EN UNE SEULE FOIS) :

	Date de début	Date de fin
Période		

DATES DE PRISE DU CONGÉ (SI VOUS SOUHAITEZ PRENDRE VOTRE CONGÉ SUR 2 OU 3 PÉRIODES, PRÉCISEZ) :

	Date de début	Date de fin
Période 1		
Période 2		
Période 3		

EN RAISON :

☐ du décès d'un enfant de moins de 25 ans

ou

☐ d'une personne à charge de moins de 25 ans

Signature :

Les informations personnelles figurant dans ce courrier sont collectées et traitées conformément à la réglementation en vigueur, notamment le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Elles sont utilisées exclusivement dans le cadre de la gestion de votre dossier. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation, et de suppression des données vous concernant. Pour exercer vos droits, veuillez nous contacter à l'adresse suivante : dpo@groupe-aesatis.com ou dpo@secuspm.com. Vos données seront conservées pendant une durée conforme aux exigences légales et réglementaires.



CAISSE DE PRÉVOYANCE SOCIALE • Service Maladie
Angle des Bds Colmay et Thélot • BP 4220 • 97500 Saint-Pierre et Miquelon
☎ : 0508 41 15 78 • ✉ assurance.maladie@secuspm.com • www.secuspm.com