



FORMULAIRE D'INDEMNISATION DÉROGATOIRE SUITE À UNE MISE EN ISOLEMENT À L'ARRIVÉE À SAINT-PIERRE ET MIQUELON ENTRE LE 7 NOVEMBRE ET 31 DÉCEMBRE 2020

INFORMATIONS SALARIÉ(E)

Numéro de sécurité sociale : [REDACTED]

Nom : [REDACTED] Prénoms : [REDACTED]

Date de naissance : [REDACTED] N° de téléphone : [REDACTED]

Adresse email (facultatif) : [REDACTED]

Date de votre arrivée à Saint-Pierre et Miquelon : [REDACTED]

Quel a été votre situation lors de la période d'isolement : *Congé principal*
 Congé sans solde
 Congé exceptionnel
 Autres [REDACTED]

Vous certifiez que vous ne pouviez pas télétravailler pendant cette période.

INFORMATIONS EMPLOYEUR

Nom de votre employeur : [REDACTED]

Personne à contacter en charge des ressources humaines : [REDACTED]

N° de téléphone : [REDACTED]

Adresse email : [REDACTED]

Vous certifiez sur l'honneur être affilié(e) à la CPS de Saint-Pierre et Miquelon et l'exactitude de votre déclaration.

Fait à [REDACTED], le [REDACTED]

Signature

Ce formulaire est à renvoyer avant le 3 février 2021 au service Maladie de la CPS par mail à l'adresse :

assurance.maladie@secuspm.com

Les agents de la CPS se rapprocheront par la suite de votre employeur concernant votre absence due à la mesure de septaine obligatoire à l'arrivée de Saint-Pierre et Miquelon

