|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |
| Office AI Canton de Berne  Secteur prestations en nature (MOR)  Case postale  3001 Berne |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |

Demande d’indemnité en cas d’augmentation des cotisations

Mesdames, Messieurs

Par la présente nous demandons une indemnité en cas d‘augmentation des cotisations pour les jours d’absence de la personne assurée que vous nous avez transmis (première demande possible au plus tôt une année après le début du contrat de travail).

|  |  |
| --- | --- |
| **Demandeur** Nom de l’entreprise, adresse, lieu |  |
| IBAN banque ou poste pour le paiement | CH |
| Date de demande |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **L’employé/e** nom, prénom, rue, NPA, localité |  |
| No d’assuré | 756. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Début du contrat de travail** | (date) |
| Contrat de travail existe encore | oui  non, le contrat a été résilié le       (date) |
| Jours d‘absence (joindre un certificat médical) | du       (date) au       (date) |
| Taille de l‘entreprise\* | jusqu‘à 50 collaborateurs  de plus de 50 collaborateurs |

\* Pour les entreprises jusqu‘à 50 collaborateurs, le forfait journalier est de CHF 48.00, pour les entreprises de plus de 50 collaborateurs, le forfait journalier est de CHF 34.00.

|  |  |
| --- | --- |
| Remarques eventuelles |  |
| Nom de la personne de contact No de tél. / adresse e-mail pour demandes de précisions |  |

Meilleures salutations

(Signature)

Pièces à joindre:

- certificats médicaux (copies)