

Questionnaire à envoyer **par mail**
DEMANDE DE RISTOURNE SUR LES COTISATIONS ACCIDENTS DU TRAVAIL
(AT) et MALADIES PROFESSIONNELLES (MP)
POUR UN ETABLISSEMENT

A remplir par le représentant légal

Complétez ce questionnaire et envoyez-le par mail à relations.tarifprev@carsat-normandie.fr.

NB : Joignez à votre questionnaire les pièces nécessaires à la recevabilité administrative de votre demande.

N° SIRET (sans espace)

Raison Sociale de l'établissement

Adresse de l'établissement

Code postal – Commune de l'établissement :

Activité de l'établissement

1- Est-ce que votre établissement est à jour de ses cotisations URSSAF ? Oui Non

⇒ Pièce à joindre : une **Attestation de fourniture des déclarations sociales et paiement des cotisations et contributions sociales (dite attestation de vigilance) de l'URSSAF de moins de 6 mois**

2- Est-ce que votre établissement adhère à un Service de Prévention et de Santé au Travail (SPST) agréé ? Oui Non

Nom du Service de Prévention et de Santé au Travail :

Je déclare sur l'honneur être à jour de mes cotisations auprès de mon SPST agréé Oui Non

3- Existe-t-il dans votre établissement un Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels associé à un plan d'actions ? Oui Non

Si oui, date de sa dernière mise à jour :

4- L'établissement a-t-il une Instance Représentative du Personnel ? Oui Non

Si non, pourquoi ? PV de carence Entreprise/Etablissement de moins de 11 salariés Autre

5- L'Instance Représentative du Personnel a-t-elle donné un avis concernant la demande de ristourne sur les cotisations Accidents du Travail et Maladies Professionnelles ? Oui Non

Si oui, date de l'avis de l'Instance Représentative du Personnel formalisé dans un document

⇒ Pièce à joindre : l'**avis** formalisé de votre IRP

6- Est-ce que les **Accidents du Travail (AT)** de l'établissement sont systématiquement analysés (identification des faits, détermination des causes) ? Oui Non Sans Objet (si pas d'AT depuis 3 ans)

7- Est-ce qu'un plan d'actions est mis en œuvre à la suite des analyses d'**Accidents du Travail (AT)** ?

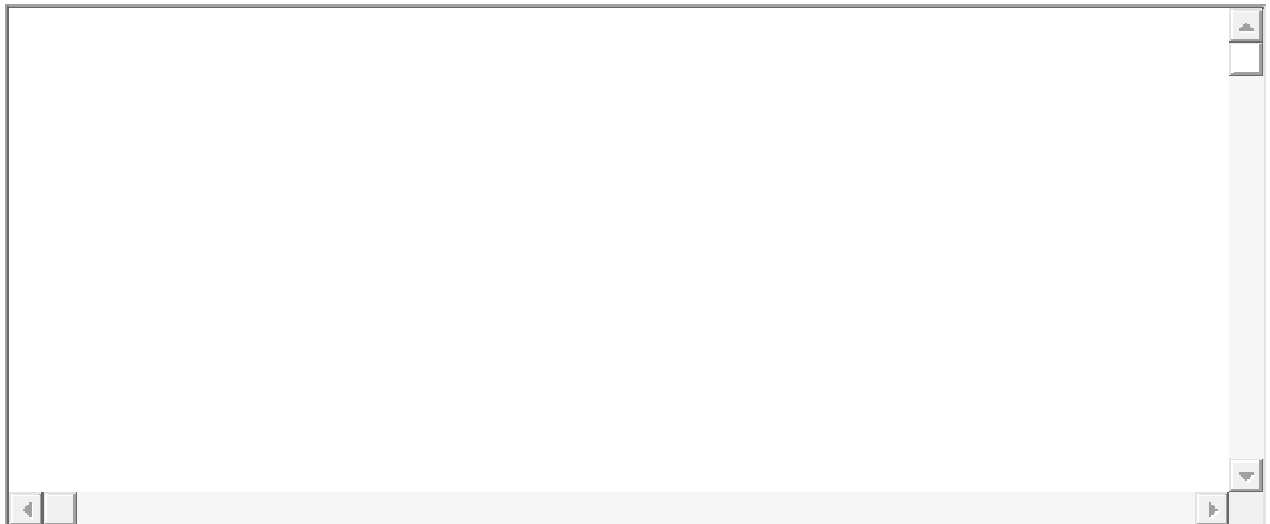
Oui Non Sans Objet (si pas d'AT depuis 3 ans)

8- Décrire avec un maximum de précisions votre **argumentaire** concernant :

➤ L'**effort de prévention** soutenu de votre établissement, (*voir définition sur le site internet de la CARSAT Normandie*),

et

➤ les **mesures prises susceptibles de diminuer** la **fréquence** ou la **gravité** des Accidents du Travail et de Maladies Professionnelles dans votre établissement,



Nom et prénom de la **personne en charge du suivi** de la demande de ristourne

Mme M.

Fonction de la personne en charge du suivi de la demande de ristourne

Adresse mail de la personne en charge du suivi de la demande de ristourne

Nom et prénom du **représentant légal** de l'établissement

Mme M.

Fonction du représentant légal de l'établissement

Adresse mail du représentant légal de l'établissement

En tant que représentant légal :

- Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations transmises à la CARSAT Normandie.
- Je m'engage à transmettre tous les documents et toutes les pièces justificatives (ex : Document Unique d'évaluation des risques professionnels, Procès-Verbal des Instances Représentatives du Personnel, rapports d'analyse d'Accident du Travail, compte-rendu d'études de situation de travail...) qui pourront être demandés par la CARSAT Normandie au cours de l'instruction de mon dossier de demande de ristourne.
- Je joins à mon questionnaire, envoyé par mail, les pièces nécessaires à la recevabilité administrative de ma demande :
- ***Attestation de fourniture des déclarations sociales et paiement des cotisations et contributions sociales (dite attestation de vigilance) de l'URSSAF de moins de 6 mois***
 - ***Avis formalisé de mon Instance Représentative du Personnel***

La CARSAT Normandie vérifiera au cours de l'instruction de votre dossier :

- **L'ensemble des critères d'attribution et le non-respect de l'un de ces critères entrainera un rejet systématique de votre demande.**
- **L'exactitude des éléments transmis et toute fausse déclaration entrainera le refus systématique de la demande de ristourne sur les cotisations Accidents du Travail et Maladies Professionnelles**
- **Dans le cadre de la politique de lutte contre les fraudes, le présent dossier est susceptible de faire l'objet de visites sur site et de contrôles par les agents de la caisse régionale qui exigeront de vérifier l'exactitude des documents ainsi que les justificatifs originaux et les éléments liés aux attestations sur l'honneur. Si ces documents se révélaient erronés, la caisse régionale demandera par voie de contentieux le remboursement de la totalité de la ristourne accordée sur le taux des cotisations AT/MP et pourra appliquer une pénalité financière ou déposer plainte pénale en cas de fraude avérée.**