

ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES MALADIE MATERNITE PATERNITE ALLOCATION JOURNALIERE DE MATERNITE

Cette attestation n'est pas à délivrer en cas d'accident du travail.

(Art. L 323-4, L 331-3, L 331-8, R 323-4, R 323-6, R 323-8, R 323-10 et R 331-5 du code de la Sécurité Sociale)

Pour compléter cette attestation reportez-vous à la notice correspondante.

1 IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

NOM - PRÉNOM
 OU DÉNOMINATION SOCIALE

ADRESSE

N° TÉLÉPHONE (facultatif)

CODE POSTAL COMMUNE

Numéro employeur ou Numéro SIRET

2 IDENTIFICATION DU SALARIÉ

N° D'IMMATRICULATION

CATÉGORIE OU EMPLOI OCCUPÉ

NOM PATRONYMIQUE
 (suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

PRÉNOM (S)

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL COMMUNE

3 ETUDE DU DOSSIER ARRÊT

Date du dernier jour de travail
 Date de début du congé paternité

Date de reprise du travail
 Situation à la date de l'arrêt :
 Nombre d'enfants à charge :

Reprise à temps partiel (accord de la MSA)

ou Raison personnelle

Motif de la suspension du contrat de travail
 travail de nuit
 exposition à un risque

À compter du

Non repris ce jour
 Date de suspension du contrat de travail

4 ETUDE DES DROITS

Montant des cotisations sur salaire Plus de 200 h de travail	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>]	Pour la période du :		<input style="width: 120px; height: 20px;" type="text"/>	au	<input style="width: 120px; height: 20px;" type="text"/>
Montant des cotisations sur salaire Plus de 800 h de travail	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 120px; height: 20px;" type="text"/>				

5 RENSEIGNEMENTS PERMETTANT LE CALCUL DES PRESTATIONS

SALAIRES DE RÉFÉRENCE en €

SALAIRE DE BASE					L'ASSURÉ N'A PAS TRAVAILLÉ A TEMPS COMPLET PENDANT LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE			
PÉRIODE DE RÉFÉRENCE		MONTANT DU SALAIRE			Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures correspondant au contrat de travail	Salaire reconstitué brut
Du	Au	Maladie Salaire réel brut soumis à cotisations	Maternité/Paternité Salaire réel brut	Salaire réel brut soumis à cotisations moins cotisations Sociales et CSG				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

6 TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

PÉRIODE DE RÉFÉRENCE		SALAIRE DE BASE en €	
Du	Au	Salaire réel brut perçu au titre de l'activité partielle	Salaire réel brut correspondant à l'activité exercée en application du contrat de travail

7 MATERNITÉ (À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉE AU DÉBUT DU REPOS PRÉNATAL)

Signature de l'assurée

Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité.

8 PATERNITÉ (À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ AU DÉBUT DU CONGÉ DE PATERNITÉ)

Signature de l'assuré

Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant la durée de mon congé de paternité, je ne pourrai pas prétendre au versement d'indemnités journalières de paternité.

9 RENSEIGNEMENTS A FOURNIR POUR LES ADHÉRENTS A UNE GARANTIE DE PRÉVOYANCE

Détail des primes soumises à cotisation (y compris celles incluses dans le salaire figurant au cadre 5)

12 mois civils	Date de versement	Période à laquelle se rapporte le versement	Montant brut en €

10 DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

A COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR	A COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ(E)
Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation :	J'autorise mon employeur à percevoir mes indemnités journalières pendant la période indiquée ci-contre
Pendant cette période le salaire sera maintenu : <input type="checkbox"/> intégralement <input type="checkbox"/> partiellement	Signature de l'assuré(e)
Maintien de salaire Montant du salaire mensuel maintenu : mois <input type="text"/> montant <input type="text"/> €	
Montant du salaire maintenu identique pour toute la période de subrogation oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

Fait à Nom du signataire Qualité	Signature de l'employeur	Le	Signature de l'assuré(e)
--	--------------------------	----	--------------------------