

Cachet de la caisse

ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS

- JOURNALIÈRES MALADIE MATERNITÉ PATERNITÉ / ACCUEIL DE L'ENFANT
 ALLOCATION JOURNALIÈRE DE MATERNITÉ

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)

ATTESTATION RECTIFICATIVE

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 DE FAMILLE (suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

PRÉNOM (S)

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL COMMUNE

3 ÉTUDE DU DOSSIER ARRÊT

Date du dernier jour de travail : Date de début du congé paternité / accueil de l'enfant :

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

Reprise à temps partiel (accord de la MSA) Motif de la suspension du contrat de travail travail de nuit
 ou Raison personnelle exposition à un risque

À compter du : Date de suspension du contrat de travail

Non repris ce jour :

4 ÉTUDE DES DROITS

Montant des cotisations sur salaire Plus de 150 h de travail

Montant des cotisations sur salaire Plus de 600 h de travail

Pour la période du : au

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					
1	2	3	4	5	6	7

6 TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

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)

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.

Signature de l'assurée

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

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.

Signature de la personne assurée

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 €

Date du dernier jour de mensualisation :

10 DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

A COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation :

du au Fait à : Le :

Signature de l'employeur

Nom du signataire : Qualité :