cerfa

N° 11135*01

ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES MALADIE ET MATERNITE

SECURITE SOCIALE

(Art. L 323-4, L 331-3, R 323-4, R 323-6, R 323-8, R 323-10 et R 331-5 du Code de la Se´curité Sociale)

EMPLOYEUR

NOM - PRENOM ou DENOMINATION

ADRESSE

N° TELEPHONE *(facultatif)*

Code Postal

Numéro SIRET

S'il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case ☐

ASSURE(E)

N° D'IMMATRICULATION

MATRICULE DANS L'ENTREPRISE *(facultatif)*

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

ADRESSE

Code Postal

EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS (1)

Date du dernier jour de travail

Date de reprise du travail

Motif de l'arrêt : ☐ Maladie ☐ Maternité

Situation à la date de l'arrêt :

Reprise à temps partiel ☐ ☐

OU Motif médical (avec accord de la CPAM)

Raison personnelle

☐ Non repris ce jour

☐ CAS GENERAL

MONTANT DE LA COTISATION ☐ euros*

PLUS DE 200 H DE TRAVAIL ☐

Pour la période du au

☐ CAS PARTICULIERS

MONTANT DE LA COTISATION ☐ euros*

PLUS DE 800 H DE TRAVAIL ☐

SALAIRES DE REFERENCE (1)

SALAIRE DE BASE				SOMMES AYANT DONNE LIEU A REGULARISATION DE COTISATIONS		L'ASSURE N'A PAS TRAVAILLE A TEMPS COMPLET PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE				
Période de référence du	Période de référence au	Montant du salaire	euros*	Pour la période 1	Pour la période 2	Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures correspondant à un travail à temps complet	Salaire rétabli	euros*
1	2	3		4	5	6	7	8	9	

(1) SE REPORTER A LA NOTICE D'UTILISATION

* Si les montants sont exprimés en euros, cochez la case. Si les montants sont exprimés en francs, la case reste vierge.

MATERNITE (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

DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation :

du au

N° de compte postal ou bancaire de l'employeur

et intitulé

Paiement en euros ☐ (voir au verso)

A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)

J'autorise mon employeur à percevoir mes indemnités journalières pendant la période indiquée ci-contre.

Signature de l'assuré(e)

Fait à le

Nom du signataire

Qualité

Signature de l'employeur

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L. 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441.1 du Code Pénal).
La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de votre organisme d'assurance maladie.

S 3201 m