ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES

cerfa

N° 11135*04
ATTSAL-BIS

MALADIE ☐ MATERNITE ☐ ☐ **Attestation rectificative** ☐

FEMME ENCEINTE DISPENSEE DE TRAVAIL ☐

(Art. L. 323-4, L. 331-3, L. 331- 7 et 8, L. 333-1, R. 313-3, R 313-7, R. 323-4, R. 323-6, R. 323-8, R. 323-10 et R. 331-5 du Code de la sécurité sociale)

L'EMPLOYEUR

NOM et PRENOM ou DENOMINATION

ADRESSE

Code Postal | Commune | N° téléphone *(facultatif)*

Numéro SIRET

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

L'ASSURE(E)

N° D'IMMATRICULATION | MATRICULE DANS L'ENTREPRISE *(facultatif)*

NOM et PRENOM

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

ADRESSE

Code Postal | Commune

EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS

Date du dernier jour de travail | Situation à la date de l'arrêt | Date de reprise anticipée du travail

Activité à temps partiel : pour motif médical ☐ pour raison personnelle ☐

DUREE DU TRAVAIL OU MONTANT DES SALAIRES BRUTS SOUMIS A COTISATIONS SOCIALES

▶ **CAS GENERAL :**

- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs

si ce nombre est inférieur à 150, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 6 mois civils

▶ **SI L'ACTIVITE PRESENTE UN CARACTERE SAISONNIER OU DISCONTINU ET SI LES CONDITIONS DU CAS GENERAL NE SONT PAS REMPLIES :**

SALAIRES DE REFERENCE

PERIODES DE REFERENCE :		SALAIRES	L'ASSURE(E) A ETE ABSENT(E) PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE ET NE BENEFICIE PAS D'UN MAINTIEN DE SALAIRE				TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE
du 1	au 2	Montant du salaire selon le cas : - brut ☐ - réduit de 21 % ☐ 3	Motif de l'absence 4	Nombre d'heures réellement effectuées 5	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail 6	Salaire rétabli 7	Perte de salaire *(indiquez le montant brut)* 8

MATERNITE (à signer, au début du repos prénatal, par 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.

PATERNITE - ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION (à signer au début du congé par la personne assurée qui le demande)

Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée de ce congé légal.
Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.

Signature de la personne assurée qui demande le congé

SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation :

du | au

IBAN de l'employeur
(Saisir, sans espace, vos coordonnées bancaires)

et domiciliation

Fait à | le

Signature de l'employeur

Nom du signataire et qualité

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages indus. (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal).
En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.
La loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée 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.

N° 50236#

Situation à la date de l'arrêt écisez selon le cas : activité, chômage, licenciement, démission, congé payé ou non payé, congé de conversion.

Indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs précédant la date de l'arrêt effectif du travail.

de la période de référence, complétez alors cette rubrique :

SALAIRES DE REFERENCE

Précisez, selon la catégorie professionnelle de votre salarié(e), les périodes des salaires à prendre en compte, chaque ligne correspondant

- Dans le cas général : les paies échues au cours des 3 derniers mois civils précédant l'arrêt de travail.
- En cas d'activité saisonnière ou discontinue, même si votre salarié(e) satisfait aux conditions de durée de travail du cas général

Colonne 3 montant du salaire

Pour les motifs maladie ou femme enceinte dispensée de travail :

Il s'agit du montant brut sur lequel ont été calculées les cotisations de sécurité sociale dues par le(la) salarié(e) après abattement éventuel pour frais professionnels.

Il s'agit de la même base que définie ci-dessus, diminuée d'un taux forfaitaire de 21 %.

Colonne 4 – motif de l'absence

Indiquez, selon le cas, maladie (MAL), accident du travail (AT), maternité (MAT), paternité/accueil de l'enfant/adoption (PAT/AE/ADO), chômage total ou partiel (CHOM), fermeture de l'établissement (FERM), congés payés (COP), absence autorisée (ABA).

Colonne 6 – nombre d'heures correspondant à un travail à temps complet

Il s'agit du nombre d'heures qui aurait été effectué par le(la) salarié(e) s'il(si elle) avait pu, à ce poste, travailler selon le temps défini dans

Colonne 7 – salaire rétabli

Il s'agit du salaire tel que défini en colonne 3 et reconstitué sur la base du temps de travail prévu par lecontrat de travail du (de la) salarié(e).

SUBROGATION DE L'EMPLOYEUR

En cas de maintien total ou partiel du salaire, l'employeur est subrogé de plein droit à l'assuré(e) dans ses droits aux indemnités journalières, dans la mesure où le salaire maintenu est d'un montant au moins égal aux dites indemnités pour la période considérée. La subrogation vous