Attestation de Salaire
Aide Mémoire

En jaune = renseignements obligatoires

N° 11135*02

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

(Art. L 323-4, L 331-3, L331-8, R 323-4, R 323-6, R 323-8, R 323-10 et R 331-5 du Code de la Sécurité Sociale)

Préciser le type d'assurance

EMPLOYEUR

NOM - PRENOM ou DENOMINATION
ADRESSE
N° TELEPHONE (facultatif) — Très UTILE
Code Postal
Numéro SIRET — N° d'identification INSEE à 14 chiffres — S'il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case

Indiquer la raison sociale déclarée au CFE ou RC et non l'enseigne commerciale

ASSURE(E)

N° D'IMMATRICULATION — N° INSEE à 13 chiffres + 2
MATRICULE DANS L'ENTREPRISE (facultatif)
NOM PATRONYMIQUE - PRENOM
ADRESSE
Code Postal
EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE

- date du dernier jour de travail réel et effectif.
- date de reprise uniquement en cas de reprise effective: ce n'est pas la date prévue.

Préciser : gérant, apprenti, formation professionnelle...

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS (1)

Date du dernier jour de travail
Date de reprise du travail
Reprise à temps partiel
Situation à la date de l'arrêt :
Non repris ce jour
OU Motif médical (avec accord de la CPAM)
Raison personnelle
CAS GENERAL
MONTANT DE LA COTISATION
PLUS DE 200 H DE TRAVAIL
CAS PARTICULIERS
MONTANT DE LA COTISATION
PLUS DE 800 H DE TRAVAIL
euros*

Pour la période du au
Les 3 mois qui précèdent l'arrêt

SALAIRES DE REFERENCE (1)

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

Les salaires de référence sont les 3 mois échus précédents le dernier jour de travail.
Indiquer les montants bruts soumis à cotisation.
Joindre les bulletins de salaire en cas de maternité ou paternité.

Chaque fois que le salaire est rétabli ou à rétablir, indiquer le motif (embauche, maladie...) et joindre une copie du bulletin correspondant.

(1) Se référer à 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

PATERNITE (à compléter par le père au début du congé de paternité)
Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée du congé légal de paternité. D cas contrai re, je ne pourrai pas préten l'indemnisation de cet arrêt.
date de naissance de l'enfant :
Signature de l'assuré

Penser à joindre l'acte de naissance de l'enfant

DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR
Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation :
du — date maximale en fonction de la convention collective
N° de compte postal ou bancaire de l'employeur
et intitulé — Joindre un RIB de l'établissement la première fois

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

Veiller à la lisibilité des informations

En cas de difficulté : 36 46 (coût d'un appel local)
Formulaire vierge téléchargeable sur www.ameli.fr / rubrique Employeurs