

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 200 h de travail	<input style="width: 100%;" type="text"/>	}	Pour la période du :
Montant des cotisations sur salaire Plus de 800 h de travail	<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 130px;" type="text"/> au <input style="width: 130px;" 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					
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 :

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L.114-13 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.