

N° 11135*02

(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)

EMPLOYEUR

NOM - PRENOM ou DENOMINATION				
ADRESSE				
N° TELEPHONE <i>(facultatif)</i>				
Numéro SIRET				S'il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case <input type="checkbox"/>

ASSURE(E)

N° D'IMMATRICULATION	MATRICULE DANS L'ENTREPRISE <i>(facultatif)</i>
NOM PATRONYMIQUE - PRENOM <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)</i>	
ADRESSE	
Code Postal	
EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE	

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS (1)

Date du dernier jour de travail		Situation à la date de l'arrêt :	
Date de reprise du travail			
Reprise à temps partiel <input type="checkbox"/>	OU	Motif médical (avec accord de la CPAM) <input type="checkbox"/>	Non repris ce jour <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CAS GENERAL	MONTANT DE LA COTISATION PLUS DE 200 H DE TRAVAIL		
<input type="checkbox"/> CAS PARTICULIERS	MONTANT DE LA COTISATION PLUS DE 800 H DE TRAVAIL	Pour la période du	au

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		Montant du salaire	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
du	au							
1	2	3	4	5	6	7	8	9

(1) SE REPORTER A LA NOTICE D'UTILISATION

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. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.

Signature de l'assuré

date 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 au

N° de compte postal ou bancaire de l'employeur et intitulé

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 Signature de l'employeur

Nom du signataire

Qualité

Madame, Monsieur,

C'est avec beaucoup de soin que vous devez compléter cet imprimé. En effet, c'est en fonction des renseignements fournis que seront calculées les indemnités journalières dues à votre salarié(e) ou à vous-même en cas de maintien de salaire.

Dans la mesure où votre salarié(e) travaille en même temps pour plusieurs employeurs, chacun d'eux devra établir la présente attestation.

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, il convient d'utiliser l'attestation de salaire S 6202.

Le Directeur de la Caisse Primaire.

NOTICE D'UTILISATION

Cochez le motif de l'arrêt (maladie, maternité, paternité) dans le titre de l'attestation de salaire.

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS

Situation à la date de l'arrêt : précisez chômage, licenciement, démission, congé payé ou non payé, appel sous les drapeaux, congé de conversion. Dans tous ces cas, indiquez la date du dernier jour de travail effectif précédant ce congé et cochez "repris" ou "non repris".

CAS GENERAL

Précisez le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès calculées sur les rémunérations perçues au cours des 6 mois civils précédant la date d'arrêt effectif du travail,

OU

Cochez la case "plus de 200 h". Ce nombre d'heures doit avoir été effectué au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs précédant la date d'arrêt effectif du travail.

CAS PARTICULIERS

Travailleurs saisonniers, VRP, Journalistes à la pique, Travailleurs à domicile...

Précisez le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès calculées sur les rémunérations perçues au cours des 12 mois civils précédant la date d'arrêt effectif du travail,

OU

Cochez la case "plus de 800 h". Ce nombre d'heures doit avoir été effectué au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs précédant la date d'arrêt effectif du travail.

SALAIRES DE REFERENCES

CATEGORIES	PAIES A PRECISER (1 paie par ligne suivant la périodicité)
Salariés payés au mois	3 dernières paies échues avant l'arrêt de travail
Salariés payés à la quinzaine	6 dernières paies échues avant l'arrêt de travail
Salariés payés à la semaine	12 dernières paies échues avant l'arrêt de travail
Travailleurs saisonniers, VRP, journalistes à la pique, travailleurs à domicile...	Les paies échues au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail

COLONNE 3 – Montant du salaire

Maladie

Il s'agit du montant sur lequel ont été calculées les cotisations dues par le salarié pour les assurances maladie, maternité, invalidité et décès, après abattement éventuel pour frais professionnels.

Maternité-Paternité

Il s'agit de la même base, que définie ci-dessus, diminuée de la part salariale des cotisations obligatoires d'origine légale et conventionnelle et de la C.S.G.

COLONNES 4 et 5 – Sommes ayant donné lieu à régularisation annuelle de cotisations

Si au titre de l'année civile qui précède la période de référence indiquée dans les colonnes 1 et 2 un versement régularisateur de cotisations est intervenu, précisez la période et les sommes concernées.

1 Arrêt de travail en mai 2001

Salaires de référence : février, mars et avril 2001

Salaires de régularisation à prendre en compte :

Période du 1.1.2000 au 31.12.2000

2 Arrêt de travail en mars 2001

Salaires de référence : décembre 2000, janvier et février 2001

Salaires de régularisation à prendre en compte :

Périodes du 1.1.99 au 31.12.99 et du 1.1.2000 au 31.12.2000

COLONNE 6 – Motif de l'absence

Indiquez selon le cas, maladie (MAL), accident du travail (AT), maternité (MAT), paternité (PAT), chômage total ou partiel (CHOM), fermeture de l'établissement (FERM), congés payés (COP), service national (SN), absence autorisée (ABA) ;

autres cas, renseignez-vous auprès de votre Caisse Primaire.

COLONNE 8 – Nombre d'heures correspondant à un travail à temps complet

Il s'agit du nombre d'heures qui aurait été effectué par le salarié s'il avait pu, à ce poste, travailler à temps complet.

COLONNE 9 – Salaire rétabli

Il s'agit du salaire tel que défini en colonne 3, et rétabli sur la base de l'emploi à temps complet.

rubriques "maternité" et "paternité" :

congé maternité : faites signer l'assurée au début du congé - congé paternité : faites signer l'assuré au début du congé et joignez la copie de l'acte de naissance ou du livret de famille mis à jour que vous aura remis, le cas échéant, votre salarié.

DEMANDE DE SUBROGATION DE L'EMPLOYEUR

En cas de maintien total ou partiel du salaire, l'employeur peut demander que les indemnités journalières dues à l'assuré lui soient versées directement, dans la mesure où le salaire maintenu est d'un montant au moins égal aux dites indemnités pour la période considérée. Dans ce cas, conformément à l'article R 323.11 4^e alinéa du Code de la sécurité sociale, l'assuré doit autoriser l'employeur à percevoir ses indemnités.