



ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES

N° 11135*04
ATTSAL-BIS

MALADIE MATERNITE PATERNITE - ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION
FEMME ENCEINTE DISPENSEE DE TRAVAIL

Attestation
rectificative

(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 (lire attentivement la notice au verso)

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 (voir notice) :

- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs

↳ si ce nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils

PRECEDANT
LA DATE DU
DERNIER JOUR
DE TRAVAIL
MENTIONNEE
CI-DESSUS

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
CAS GENERAL : 3 mois civils ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE : 12 mois civils			Montant du salaire selon le cas : - brut <input type="checkbox"/> - réduit de 21 % <input type="checkbox"/> 3	Motif de l'absence 4	Nombre d'heures réellement effectuées 5	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail 6	
du	au						
1	2						

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 _____

N° 50236#E

L'attestation de salaire complétée par l'employeur permet le calcul et le versement des indemnités journalières dues au(à la) salarié(e) au titre d'un arrêt de travail pour maladie, maternité, paternité, accueil d'un enfant ou adoption, ou au titre de la dispense de travail pour une femme enceinte en cas de travail de nuit ou exposée à un risque particulier.

Sous le titre "Attestation de salaire pour le paiement des indemnités journalières", merci de cocher la case correspondant au motif de l'arrêt de travail.

Si cette attestation de salaire modifie une précédente attestation, il suffit de cocher la case "attestation rectificative", de compléter les deux premières rubriques "l'employeur" et "l'assuré(e)" puis de remplir uniquement les champs modifiés.

Datez et signez au bas du formulaire dans tous les cas.

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS

- ▶ **Date du dernier jour de travail** : dans tous les cas, indiquez la date du dernier jour de travail effectif. Toutefois, si votre salarié(e) était en congés payés au moment de l'arrêt ou en absence non autorisée, le dernier jour de travail à considérer est celui précédant la date de la prescription de l'arrêt de travail.
- ▶ **Situation à la date de l'arrêt** : précisez selon le cas : activité, chômage, licenciement, démission, congé payé ou non payé, congé de conversion.
- ▶ **Reprise anticipée du travail** : si vous avez déjà rempli une attestation de salaire pour votre salarié(e) et que vous souhaitez simplement indiquer une date de reprise anticipée du travail, indiquez seulement cette date sans remplir le reste de l'attestation, hormis les deux premières rubriques "l'employeur" et "l'assuré(e)". Datez et signez en bas du formulaire.
- ▶ **Activité à temps partiel** : si votre salarié(e) reprend une activité à temps partiel pour motif médical à la suite d'un arrêt de travail à temps complet, vous devez établir une nouvelle attestation de salaire.

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

▶ Cas général :

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.

Si votre salarié(e) a effectué moins de 150 h de travail, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations de sécurité sociale et versés au cours des 6 mois civils précédant la date de l'arrêt effectif du travail.

- ▶ **Si l'activité présente un caractère saisonnier ou discontinu** (il s'agit, par exemple, des VRP, journalistes à la pige, intérimaires, intermittents du spectacle,...)

ETS! votre salarié(e) a effectué moins de 150 h de travail au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs précédant la date de l'arrêt effectif du travail ou que le montant de ses salaires versés au cours des 6 mois civils précédant la date de l'arrêt effectif du travail est inférieur à 1015 * fois la valeur horaire du salaire minimum de croissance (SMIC) en vigueur au premier jour de la période de référence, complétez alors cette rubrique :

Indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs précédant la date de l'arrêt effectif du travail.

Si votre salarié(e) a effectué moins de 600 h de travail, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations de sécurité sociale et versés au cours des 12 mois civils précédant la date de l'arrêt effectif du travail.

* Pour 2015, ce montant s'élève à 9754,15 euros (= montant du SMIC horaire brut, soit 9,61 euros x 1015). Il est revalorisé chaque année.

SALAIRES DE REFERENCE

▶ Colonnes 1 et 2 – périodes de référence

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

- 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 (voir ci-dessus), indiquez systématiquement les paies échues au cours des douze mois civils précédant l'arrêt de travail.

▶ 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.

Pour les motifs maternité, paternité, accueil de l'enfant ou adoption :

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).

IMPORTANT : en cas d'absence non autorisée, vous ne devez rien inscrire dans cette colonne, pas plus que dans les colonnes 5, 6 et 7.

▶ 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(s) elle) avait pu, à ce poste, travailler selon le temps défini dans son contrat de travail.

▶ 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 le contrat de travail du (de la) salarié(e).

▶ Colonne 8 – perte de salaire

Précisez le montant brut de la perte de salaire due au titre de l'activité à temps partiel thérapeutique. Dans ce cas, vous n'avez pas à compléter la colonne 7.

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 permet de percevoir directement, en lieu et place de votre salarié(e), les indemnités qui lui sont dues par sa caisse d'assurance maladie.