

ATTESTATION DÉLIVRÉE PAR L'EMPLOYEUR

(Partie à remplir par le salarié au verso)



IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Raison Sociale :
Adresse complète :
N° SIRET : Téléphone :

IDENTIFICATION DU SALARIÉ

Nom : CATÉGORIE : - Ouvrier ☐
Prénom : - Employé ☐
N° Sécurité Sociale : - Apprenti ☐
Date d'embauche : - AM non cadre ☐
Profession : - Autre ☐

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRÊT DE TRAVAIL

Date du dernier jour de travail :
Motif de l'arrêt ⁽¹⁾ :
Si rechute, date de l'arrêt initial : Date de sortie : ☐ Démission
Date de reprise du travail ⁽²⁾ : ☐ Licenciement

(1) Indiquer selon le cas : maladie, maternité, paternité, maladie professionnelle, accident de travail, accident de trajet, rechute, accident de la vie privée, autre (à préciser).
(2) Si le travail n'a pas été repris, porter la mention "non repris ce jour".

DÉTERMINATION DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE

1^{er} cas Si l'activité du salarié est complète, indiquez le montant du SALAIRE NET IMPOSABLE des trois derniers mois complets d'activité.

En cas d'absence pour cause de maladie, déclarez-nous les salaires reconstitués.

2^{ème} cas Si un salarié a plusieurs employeurs, envoyez-nous les photocopies des trois bulletins de salaire précédant l'arrêt, pour chacun des employeurs.

3^{ème} cas En cas d'activité commerciale ou de salaires irréguliers nous fournir les 12 derniers bulletins de salaires.

IMPORTANT :

Il est impératif d'indiquer, si cela est le cas, le montant brut de la prime conventionnelle (13^{ème} mois) ainsi que celui des primes de bilan ou exceptionnelles, avec leur périodicité (M : Mensuelle, T : Trimestrielle, S : Semestrielle, A : Annuelle).

Dans le cadre de la défiscalisation des heures supplémentaires, si le salaire net à payer est supérieur au salaire net imposable, veuillez nous indiquer le salaire net à payer.

MOIS CONSIDÉRÉS	SALAIRE BRUT	*SALAIRE NET IMPOSABLE	PRIME CONVENTIONNELLE BRUTE	PRIMES DIVERSES	PÉRIODICITÉ A.T.M.
	€	€	€	€	
	€	€	€	€	
	€	€	€	€	

Cachet de l'entreprise :

Certifié exact

Le

Signature :

DEMANDE D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

COMPLÉMENTAIRES A REMPLIR PAR LE SALARIÉ

Je soussigné(e) M., M^{me}, M^{lle}, ⁽¹⁾

Nom de jeune fille Prénom

N° de Sécurité Sociale : Certifie que

- J'ai repris le travail à la date du

- Je suis toujours en arrêt de travail à la date de ce jour

- Mon arrêt de travail est consécutif à un accident ☐ oui ☐ non

Remplir l'une des deux parties suivantes selon le choix de maintien de salaire ou non

Partie concernant le versement à l'employeur

en cas du maintien du salaire avec

accord du salarié

RAISON SOCIALE ET ADRESSE

Mode de paiement souhaité ⁽²⁾

- ☐ Virement au C.C.P. (joindre un Relevé d'Identité Postal)
☐ Virement Bancaire (joindre un Relevé d'Identité Bancaire)

Adresse du salarié :

Subrogation de l'employeur :
(Elle est définitive pour un même arrêt de travail)

Lu et approuvé, signature du salarié :

Partie concernant le versement au salarié

en cas de non maintien du salaire

ADRESSE PERSONNELLE COMPLÈTE ET LISIBLE

Mode de paiement souhaité ⁽²⁾

- ☐ Virement au C.C.P. (joindre un Relevé d'Identité Postal)
☐ Virement Bancaire (joindre un Relevé d'Identité Bancaire)

Lu et approuvé, signature du salarié :

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- Photocopie des décomptes indemnités journalières de la Sécurité Sociale
 - Attestation de l'employeur (recto de cet imprimé)
 - Relevé d'Identité Bancaire ou Postal.
- } **Lorsqu'il s'agit d'un début d'arrêt de travail**

Conformément à l'article 18 du règlement de la CARPILIG-PRÉVOYANCE, je m'engage à rembourser les indemnités que l'institution m'aura versée dans le cas où j'obtiendrais réparation d'un préjudice subi en cas d'accident par l'intermédiaire d'autres Organismes (Compagnies d'Assurances...).

Pour un traitement de votre dossier dans les meilleurs délais, nous vous informons que vous avez désormais la possibilité d'effectuer votre déclaration en ligne depuis votre espace personnel. Un guide est à votre disposition sur : <https://www.lourmel.com/Declaration-arret-de-travail.pdf>

Vous pouvez aussi nous adresser votre déclaration d'arrêt de travail par courrier à :

Groupe Lourmel - Service GIT - 75718 Paris Cedex 15

Pour tout renseignement : 01 40 60 20 00 - www.lourmel.com

Date et signature :