

ATTESTATION DÉLIVRÉE PAR L'EMPLOYEUR

(Partie à remplir par le salarié au verso)



LOURMEL
Agir ensemble pour mieux vous protéger

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

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)

Adresse du salarié : _____

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

Lu et approuvé, signature du salarié :

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 versées dans le cas où j'obtiendrais réparation d'un préjudice subi en cas d'accident par l'intermédiaire d'autres Organismes (Compagnies d'Assurances...)

Date et signature :