

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

Le salaire mensuel de référence correspond au salaire réel moyen cotisé du salarié des douze derniers mois d'activité, hors prime annuelle conventionnelle. Pour les salariés qui bénéficient d'un abattement fiscal de 30%, le salaire retenu pour le versement des IJ est le salaire après abattement.
Dans le cadre de la défiscalisation des heures supplémentaires, si le salaire net à payer est supérieur au salaire net imposable, merci de nous indiquer le salaire net à payer.

Mois considéré	Salaire brut cotisé	Salaire net imposable	Prime brute conventionnelle
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€

Mois considéré	Salaire brut cotisé	Salaire net imposable	Prime brute conventionnelle
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€

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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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	Partie concernant le versement au salarié en cas de non maintien du salaire
RAISON SOCIALE ET ADRESSE	ADRESSE PERSONNELLE COMPLÈTE ET LISIBLE
----- -----	----- -----
Mode de paiement souhaité⁽²⁾	Mode de paiement souhaité⁽²⁾
<input type="checkbox"/> Virement au C.C.P. (joindre un Relevé d'Identité Postal)	<input type="checkbox"/> Virement au C.C.P. (joindre un Relevé d'Identité Postal)
<input type="checkbox"/> Virement Bancaire (joindre un Relevé d'Identité Bancaire)	<input type="checkbox"/> Virement Bancaire (joindre un Relevé d'Identité Bancaire)
Adresse du salarié : _____ _____	
Subrogation de l'employeur : (Elle est définitive pour un même arrêt de travail)	
<i>Lu et approuvé, signature du salarié :</i>	<i>Lu et approuvé, signature du salarié :</i>

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

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 :