



**ATTESTATION DE SALAIRE
POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES**

SECURITE SOCIALE

MALADIE MATERNITE PATERNITE

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 : **PARFUMS DU SUD**

ADRESSE : **23 rue Victor Hugo**

N° TELEPHONE (facultatif) : **05 61 71 55 93** **3 1 0 0 0** | **TOULOUSE**
Code Postal

Numéro SIRET : **3 7 8 6 7 0 2 2 8 0 0 1 4** S'il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case

ASSURE(E)

N° D'IMMATRICULATION : **1 8 5 1 2 3 1 0 0 1 9 9 9** | **2 2** MATRICULE DANS L'ENTREPRISE (facultatif) : **42**

NOM PATRONYMIQUE - PRENOM (suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage) : **DUPONT Pierre**

ADRESSE : **15 rue des Myrtilles**

3 1 7 0 0 | **BLAGNAC**
Code Postal

EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE : **Boulangier**

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS (1)

Date du dernier jour de travail : **15/09/2008** Situation à la date de l'arrêt : _____

Date de reprise du travail : _____

Reprise à temps partiel OU Motif médical (avec accord de la CPAM) Non repris ce jour

CAS GENERAL MONTANT DE LA COTISATION PLUS DE 200 H DE TRAVAIL : _____ euros

CAS PARTICULIERS MONTANT DE LA COTISATION PLUS DE 800 H DE TRAVAIL : _____ euros

Pour la période du **01/06/2008** au **31/08/2008**

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 euros	X	Pour la période 1 euros	Pour la période 2 euros	Motif de l'absence 6	Nombre d'heures réelles effectuées 7	Nombre d'heures correspondant à un travail à temps complet 8	Salaire rétabli 9	euros	
du	au										
01/08/2008	31/08/2008	1 668,37	X								
01/07/2008	31/07/2008	1 668,37	X								
01/06/2008	30/06/2008	1 516,70	X								

(1) SE REPORTER A LA NOTICE D'UTILISATION * Si les montants sont exprimés en euros, cocher la case. Si les montants sont exprimés en francs, la case reste vierge.

MATERNITE (à compléter par l'assurée au début du repos prénatal)

PATERNITE (à compléter par le père au début du congé de paternité)

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 : _____

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

A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)

Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation : du _____ au _____

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

J'autorise mon employeur à percevoir mes indemnités journalières pendant la période indiquée ci-contre. Signature de l'assuré(e) : _____

Fait à **TOULOUSE** le **19/09/2008** Signature de l'employeur : _____

Nom du signataire : **M. MARTIN Guillaume**

Qualité : **Responsable du personnel**

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L. 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441.1 du Code Pénal). La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de votre organisme d'assurance maladie.