cerfa

N° 11135*02

ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES

[X] MALADIE [ ] MATERNITE [ ] PATERNITE

SECURITE SOCIALE

(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: SARL TR 26

ADRESSE: 101 avenue d'Italie

N° TELEPHONE (facultatif):

Code Postal: 75013 PARIS

Numéro SIRET: 51431614000011

S'il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case [ ]

ASSURE(E)

N° D'IMMATRICULATION: 2880494080028 95

MATRICULE DANS L'ENTREPRISE (facultatif): 003

NOM PATRONYMIQUE - PRENOM (suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage): MONNIER Hélène

ADRESSE: 24-26 rue Raymond Queneau

Code Postal: 75018 PARIS

EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE: Coiffeuse

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS (1)

Date du dernier jour de travail: 26/09/09

Date de reprise du travail: 08/10/09

Situation à la date de l'arrêt :

Reprise à temps partiel [ ] OU Motif médical (avec accord de la CPAM) [ ] / Raison personnelle [ ]

[ ] Non repris ce jour

[ ] CAS GENERAL

MONTANT DE LA COTISATION [ ] euros*

PLUS DE 200 H DE TRAVAIL [ ]

[ ] CAS PARTICULIERS

MONTANT DE LA COTISATION [ ] euros*

PLUS DE 800 H DE TRAVAIL [ ]

Pour la période du ____ au ____

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 du	au	Montant du salaire	euros*	Pour la période 1	euros*	Pour la période 2	euros*	Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures correspondant à un travail à temps complet	Salaire rétabli	euros*
1	2	3		4		5		6	7	8	9	

(1) SE REPORTER A LA NOTICE D'UTILISATION

* Si les montants sont exprimés en euros, cochez la case. Si les montants sont exprimés en francs, la case reste vierge.

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

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

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

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.

date de naissance de l'enfant :

Signature de l'assuré

DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation :

du ____ au ____

N° de compte postal ou bancaire de l'employeur

et intitulé

A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)

J'autorise mon employeur à percevoir mes indemnités journalières pendant la période indiquée ci-contre.

Signature de l'assuré(e)

Fait à: PARIS le 19/10/2009

Nom du signataire: Jonathan RUIMY

Qualité: Gérant

Signature de l'employeur

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.

S 3201 n