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, L 331-8, 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 : **A.G.I.L.E.**

ADRESSE : **Espace Descartes**
14 Rue Albert Einstein

N° TELEPHONE (falcutatif) : **01.64.11.10.80**

7 7 4 2 0 CHAMPS SUR MARNE
Code Postal

Numéro SIRET : **422890723 00024**

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

ASSURE (E)

N° D'IMMATRICULATION : **1 70 02 59 225 094 46**

MATRICULE DANS L'ENTREPRISE (falcutatif) : **001160**

NOM PATRONYMIQUE - PRENOM (suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage) ADRESSE : **Mr BAUDELIS Pierre**
18 Rue du Fort

7 5 0 2 0 PARIS
Code Postal

EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE : **Chauffeur P.L.**

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS (1)

Date du dernier jour de travail : **29/10/2004**

Date de reprise du travail : **04/11/2004**

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

[X] CAS GENERAL

MONTANT DE LA COTISATION [ ] euros*

PLUS DE 200 H DE TRAVAIL [X]

[ ] CAS PARTICULIERS

MONTANT DE LA COTISATION [ ] euros*

PLUS DE 800 H DE TRAVAIL [ ]

Pour la période du **01/08/2004** au **31/10/2004**

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	Période de référence au	Montant du salaire	euros*	Pour la période 1	Pour la période 2	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	
01/10/2004	31/10/2004	1 821.77	X				200.00			
01/09/2004	30/09/2004	1 821.77	X				200.00			
01/08/2004	31/08/2004	1 378.34	X			MAL	154.55	200.00	1 783.68	X

(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 à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité.

Signature de l'assurée

Je m'engage a 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'assurée

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

Paiement en euros [ ] (voir la notice)

A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)

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

Signature de l'assurée

Fait à **PARIS** le **18/02/2005** Signature de l'employeur

Nom du signataire **Mr Georges BOUDJENAH**

Qualité **Directeur**

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.