

**ATTESTATION DE SALAIRE**  
*(accident du travail ou maladie professionnelle)*

**EMPLOYEUR**

Nom, prénom ou raison sociale : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : .....  
 Tél. : \_\_\_\_\_ E-mail : .....@.....

**VICTIME**

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe :  M  F  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Date d'embauche : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Adresse : ..... Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : .....  
 Tél. : \_\_\_\_\_ Qualification professionnelle: .....

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ARRÊT DE TRAVAIL**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Date de l'accident ou de la 1ère constatation médicale de la maladie professionnelle : ____/____/____</li> <li>• Date de l'arrêt de travail : ____/____/____</li> <li>• Heure de l'arrêt de travail : ____ h ____ min</li> <li>• Date de reprise du travail : ____/____/____</li> </ul>	<p><i>Cas où la période de référence n'a pas été entièrement accomplie :</i></p> <p>Période d'absence : du ____/____/____ au ____/____/____</p> <p>Motif : <input type="checkbox"/> Maladie-maternité <input type="checkbox"/> Accident du travail <input type="checkbox"/> Chômage  <input type="checkbox"/> Congé sans solde autorisé <input type="checkbox"/> Autre : .....</p> <p>Le salaire a-t-il été maintenu ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
--	--

**SALAIRE DE RÉFÉRENCE**

A - SALAIRE DE BASE				B - ACCESSOIRES DU SALAIRE (non compris sur le salaire de base)			
Période de référence (mois précédant la date d'arrêt de travail ou année pour les bûcherons)	Nombre de jours de travail	Montant brut <sup>(1)</sup>	Cotisations salariales et C.S.G.	Indemnité : primes, rappels, gratifications		Avantages en nature	Frais professionnels
				Brut	Net <sup>(2)</sup>		
DU ____/____/____ AU ____/____/____							
DU ____/____/____ AU ____/____/____							
DU ____/____/____ AU ____/____/____							

<sup>(1)</sup> A l'exclusion des éventuelles cotisations patronales à des régimes de retraite ou de prévoyance complémentaires.

<sup>(2)</sup> Préciser la période concernée par les primes et rappels : du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Pièces à joindre : copie(s) bulletin(s) salaire(s) de la période de référence.**

**DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE**

À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR		À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ
La victime bénéficiera-t-elle du maintien du salaire ?  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Intégralement <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement	Durant quelle période ? DU ____/____/____ AU ____/____/____  Si l'arrêt de travail est de longue durée, date limite du maintien du salaire: ____/____/____ inclus.	<i>J'autorise mon employeur à percevoir            mes indemnités journalières pendant la            période indiquée ci-contre :</i>  Signature de l'assuré(e) :
<b>JOINDRE UN R.I.B OU UN R.I.P. DU BENEFICIAIRE DES INDEMNITES</b>		

Fait à :  
Le :

Nom et qualité du signataire :

Cachet et signature :

**Pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à contacter votre caisse.**