

ATTESTATION DE SALAIRE (Accident du travail ou maladie professionnelle)

Article 3 du décret n° 600 du 29 juin 1973

A ADRESSER A LA CMSA

- en même temps que la déclaration d'accident.
- ou 48 heures après le début de l'arrêt de travail s'il est postérieur à l'accident.

EMPLOYEUR

Nom, Prénom ou Dénomination <input style="width: 90%;" type="text"/> Adresse <input style="width: 90%;" type="text"/> Code postal <input style="width: 15%;" type="text"/> Commune <input style="width: 70%;" type="text"/> Nature de l'activité <input style="width: 90%;" type="text"/>	N° d'adhérent <input style="width: 90%;" type="text"/> Tél. <input style="width: 80%;" type="text"/>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si l'employeur exerce plusieurs activités, indiquez celle dans laquelle était employée la victime.

RÉSERVÉ CMSA
N° A.T.

Type de l'accident

travail	<input type="checkbox"/>
trajet	<input type="checkbox"/>
M.P.	<input type="checkbox"/>

VICTIME

N° d'immatriculation <input style="width: 95%;" type="text"/>	Date et lieu de naissance <input style="width: 85%;" type="text"/>	
Nom patronymique (nom de naissance) <input style="width: 95%;" type="text"/>	Prénoms <input style="width: 95%;" type="text"/>	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom d'usage (facultatif) (1) <input style="width: 95%;" type="text"/>		
Adresse <input style="width: 95%;" type="text"/>		Nationalité <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> E.E.E. <input type="checkbox"/> Autre
Code postal <input style="width: 15%;" type="text"/> Commune <input style="width: 70%;" type="text"/>		
Date d'embauche <input style="width: 25%;" type="text"/>	Profession <input style="width: 75%;" type="text"/>	
Qualification professionnelle <input style="width: 60%;" type="text"/>	Ancienneté dans le poste <input style="width: 40%;" type="text"/>	
L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

Code qualité

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRÊT DE TRAVAIL

Date de l'accident ou de la première constatation médicale de la maladie professionnelle <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Date du dernier jour de travail <input style="width: 25%;" type="text"/> et heure, si la victime a travaillé ce jour-là <input style="width: 15%;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Accident du travail	Date de reprise de travail <input style="width: 25%;" type="text"/>
Motif de l'arrêt : <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle	Travail non repris à ce jour <input type="checkbox"/>

SALAIRE DE RÉFÉRENCE (1)

A Salaire de base et accessoires du salaire versés avec la même périodicité de paye que celle du salaire et dus au titre du mois civil précédant l'arrêt du travail	SALAIRE DE BASE A l'exclusion des accessoires du salaire visés ci-contre				ACCESSOIRES DU SALAIRE (Montants soumis à cotisations) en euros (2)				E Part salariale des cotisations et CSG (sauf CRDS) en euros
Date d'échéance de la paie	Périodes	Nombres d'heures de travail effectuées	Montant soumis à cotisations	Avantages en nature	Indemnités primes gratifications	Frais professionnels soumis à cotisations	Dédution supplémentaire %		
	du								
	au								
	du								
	au								
	du								
	au								

(1) Se reporter à la notice.
 (2) Pour la période antérieure au 1er Janvier 2002, vous devez déclarer le montant en euros même si sur le bulletin de salaire, le montant est exprimé en franc. (cf notice).

B Primes, rappels, gratifications, indemnités versés au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail autres que ceux visés au A	Date de versement	Période à laquelle se rapporte le versement		Montant soumis à cotisations en euros	E Part salariale des cotisations et C.S.G (sauf CRDS) en euros
		Du	Au		

C Cas particuliers	Ouvriers forestiers ou gemmeurs 12 mois civils précédant l'arrêt de travail (*) Salaire : du _____ au _____ soumis à cotisations Montant en euros (2) : _____ E : part salariale des cotisations et CSG (sauf CRDS) Montant en euros (2) : _____ Si début d'activité au cours des 12 mois civils, indiquer la date de début : _____ (*) Si période incomplète au cours des 12 mois, compléter également le cadre D partie gauche	Travailleurs Occasionnels Date d'embauche : _____ Dernière période de travail (jusqu'à la veille de l'Arrêt de Travail) du : _____ au _____ Nombre d'heures de travail de la période : _____ Salaires de la période : Montant en euros (2) : _____ (hors ICCP) E : part salariale des cotisations et CSG (sauf CRDS) Montant en euros (2) : _____
	Apprentis Rémunération versée au cours du mois civil précédant l'arrêt de travail : Montant en euros (2) : _____ Date du contrat : _____	Salariés de moins de 18 ans Rémunération versée au titre de la période de référence : Montant en euros (2) : _____ Salaire minimum de l'emploi ou à défaut salaire minimum des ouvriers adultes occupés aux mêmes travaux : Montant en euros (2) : _____ E : part salariale des cotisations et CSG (sauf CRDS) Montant en euros (2) : _____

D Cas où la période de référence n'a pas été entièrement accomplie	Interruption de travail <input type="checkbox"/> (1) <table border="1"> <thead> <tr> <th>motif</th> <th>Du</th> <th>période</th> <th>Au</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> </tbody> </table>	motif	Du	période	Au	Salaire correspondant à l'emploi occupé au moment de l'arrêt de travail, si la victime avait travaillé tout le mois Montant en euros (2) : _____ E : part salariale des cotisations et CSG (sauf CRDS) qui aurait été déduite sur ce salaire Montant en euros (2) : _____
	motif	Du	période	Au														
.....															
.....															
.....															
Salarié accidenté dans le mois d'embauche <input type="checkbox"/> (1)	Montant en euros (2) : _____																	

DEMANDE DE SUBROGATION DE L'EMPLOYEUR

La victime bénéficiera-t-elle du **MAINTIEN DU SALAIRE** (IJ + complément de salaire éventuel) au cours de l'arrêt de travail consécutif à l'accident (1) :

OUI NON Si oui, précisez : INTEGRAL PARTIEL

Si oui, indiquez le montant du salaire maintenu (avance d'IJ + complément de salaire éventuel) : Montant en euros (2) : _____

Période maximale pendant laquelle l'employeur demande la subrogation : _____

N° de compte postal ou bancaire de l'employeur et intitulé : (joindre un RIB) _____

Signature de l'assuré autorisant l'employeur à percevoir les indemnités journalières pour la période indiquée ci-dessus : _____

Nom, prénom du signataire _____ Qualité _____

Fait à _____ le _____

Signature :

« La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire. »
 (1) Cocher la ou les cases concernées.
 (2) Pour la période antérieure au 1er Janvier 2002, vous devez déclarer le ou les montants en euros, même si sur le bulletin de salaire, le montant est exprimé en franc.