

ATTESTATION DE PERTE DE SALAIRE POUR MALADIE
(à faire remplir par l'employeur)

En cas de perte de salaire pour accident de travail, la Mutuelle n'intervient pas.

IDENTIFICATION DE L'ADHERENT

NOM _____ PRENOM _____

NUMERO DE SECURITE SOCIALE : _____

NUMERO DE MATRICULE DE PAIE : _____ INDICE MAJORE : _____

SITUATION ADMINISTRATIVE

- TITULAIRE STAGIAIRE HORS STATUTS AP CONTRACTUEL
 TEMPS COMPLET TEMPS PARTIEL

L'agent adhère-t-il au CGOS : OUI NON

DATE ET NATURE DE L'ARRET DE TRAVAIL

Nature : Maladie Ordinaire Longue Maladie Longue Durée Disponibilité d'office pour maladie

	DATE DE DEBUT	DATE DE FIN
DATE DE L'ARRET		
PLEIN TRAITEMENT		
DEMI-TRAITEMENT		
PLEIN TRAITEMENT		
DEMI-TRAITEMENT		
SANS TRAITEMENT		

Sans rature, ni surcharge, ni correcteur.

CET ARRET EST-IL CONSECUTIF A UN ACCIDENT AVEC UN TIERS RESPONSABLE ?

- OUI – DATE DE L'ACCIDENT _____
 NON

A _____, LE _____

Signature du Responsable du
Service Gestion du personnel

Cachet de l'Établissement
obligatoire