

ATTESTATION DE SALAIRE ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE DES SALARIÉS AGRICOLES

Article D 751-92 du Code rural et de la pêche maritime

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

Adresse

Code postal Commune

Nature de l'activité

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

N° d'adhérent

Tél.

RÉSERVÉ CMSA
N° A.T.

Type de l'accident

▶ travail

▶ trajet

▶ M.P.

VICTIME

N° d'immatriculation

Date et lieu de naissance

Nom de famille Prénoms

Nom d'usage (facultatif)

Adresse

Code postal Commune

Date d'embauche Profession

Qualification professionnelle Ancienneté dans le poste

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? OUI NON

Sexe M F

Nationalité Française E.E.E. Autre

Code qualité

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRÊT DE TRAVAIL

Date de l'accident ou de la première constatation médicale de la maladie professionnelle

Date du dernier jour de travail et heure, si la victime a travaillé ce jour-là

Accident du travail Date de reprise de travail

Motif de l'arrêt : Maladie professionnelle Travail non repris à ce jour

SALAIRE DE RÉFÉRENCE (1)

A

Rémunérations versées et dues au titre du **mois civil** précédant l'arrêt du travail

| SALAIRE DE BASE | | | | ACCESSOIRES DU SALAIRE (Montants soumis à cotisations) 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 | Déduction supplémentaire % |
| | du | | | | | |
| | au | | | | | |
| | du | | | | | |
| | au | | | | | |
| | du | | | | | |
| | au | | | | | |
| | du | | | | | |
| | au | | | | | |

(1) Se reporter à la notice.

| B | Date de versement | Période à laquelle se rapporte le versement | | Montant soumis à cotisations en euros |
|--|-------------------|---|----|---------------------------------------|
| | | Du | Au | |
| Primes, rappels, gratifications, indemnités versés au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail autres que ceux visés au A | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | |
|---|--|---|
| C | Ouvriers forestiers ou gemmeurs 12 mois civils précédant l'arrêt de travail (*) Salaire : du _____ au _____ soumis à cotisations Montant en euros : _____ 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 : _____ (hors ICCP) E : part salariale des cotisations et CSG (sauf CRDS) Montant en euros : _____ |
| | Apprentis Rémunération versée au cours du mois civil précédant l'arrêt de travail : Montant en euros : _____ Date du contrat : _____ | Salariés de moins de 18 ans Rémunération versée au titre de la période de référence : Montant en euros : _____ Salaire minimum de l'emploi ou à défaut salaire minimum des ouvriers adultes occupés aux mêmes travaux : Montant en euros : _____ |

| D | Interruption de travail <input type="checkbox"/> (2) <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">motif</th> <th colspan="2">période</th> </tr> <tr> <th>Du</th> <th>Au</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> | motif | période | | Du | 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 : _____ |
|--|--|-------|---------|--|----|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---|
| | motif | | période | | | | | | | | | | | | | |
| Du | | Au | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| Salarié accidenté dans le mois d'embauche <input type="checkbox"/> (2) | | | | | | | | | | | | | | | | |

DEMANDE DE SUBROGATION DE L'EMPLOYEUR

Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation : du _____ au _____

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. »
 (2) Cocher la ou les cases concernées.