Demande d'Indemnité de Maladie

Pièces à fournir	Délai de dépôt de la demande	N.B : En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, utiliser les formulaires spécifiques au régime de réparation des préjudices résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles.
- La présente demande dûment remplie et signée. -Un formulaire de déclaration d'accident non professionnel si la maladie est due à un accident. - Un certificat médical précisant la nature de la maladie et la durée de l'incapacité de travail.	- Dans les 5 premiers jours de l'incapacité pour les travailleurs dans le secteur non agricole. - Dans les 10 premiers jours de l'incapacité pour les travailleurs dans le secteur agricole.	

Je soussigné ……
immatriculé à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale sous le numéro |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
pièce d'identité N°…… type : …… délivrée le : ……
résidant à ……
cité : …… ……Immeuble n° …… Appt n°……
localité : …… Code postal |_|_|_|_|
déclare avoir interrompu le travail pour cause de **(*)** ☐ **maladie non professionnelle** ☐ **accident non professionnel**
durant …… depuis le …… jusqu'au ……
demande en conséquence de recevoir l'indemnité de maladie et m'engage à informer la Caisse Nationale de Sécurité Sociale sans retard en cas de reprise d'activité avant l'expiration du congé de repos prescrit par le médecin.

Fait à ……. **le** ……

Signature

Rappel : En cas d'accident, joindre obligatoirement une déclaration d'accident non professionnel.

Partie à remplir par l'employeur si l'assuré social est salarié

Numéro d'affiliation |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom ou Raison sociale : ……
Je soussigné ……
certifie en ma qualité de ……
que M …… est occupé à notre service
en qualité de …… depuis le ……
à notre établissement sis à ……
……
moyennant un salaire égal à …… par jour.
et qu'il a interrompu le travail pour cause de **(*)** ☐ **maladie non professionnelle** ☐ **accident non professionnel**
durant …… depuis le …… jusqu'au ……
Les salaires qu'il a réalisés durant les 4 trimestres précédant l'interruption de travail figurent sur nos déclarations trimestrielles comme suit :

Trimestre	Montant des salaires	Nbre de jours de travail	Page	Ligne

Durant son congé de maladie, **(*)** ☐ **il ne bénéficie pas** ☐ **il bénéficie** du maintien de la totalité de son salaire pendant …… jours.

Fait à……**le**……

Signature et cachet de l'employeur

P 55

(*) Mettre une croix dans la case correspondante