



**Caisse de Compensation
des Services Sociaux**

11, rue Louis Notari - MC 98030 MONACO CEDEX
www.caisses-sociales.mc



prestations médicales

tél. (+377) 93.15.44.18 - Fax (+377) 93.50.60.34
prest-medicales@caisses-sociales.mc

ATTESTATION D'ABSENCE
pour le paiement
des indemnités journalières

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

L'employeur soussigné _____ N° _____

atteste que M _____ N° d'immatriculation _____

a cessé son travail le ____ / ____ / ____ pour cause de _____

a repris son travail le ____ / ____ / ____ n'a pas repris son travail

Les salaires (primes ponctuelles incluses) et l'activité correspondant aux périodes antérieures à l'interruption de travail s'élèvent :

	MOIS	SALAIRES	HEURES
♦ au cours du mois précédent	_____	_____	_____
♦ au cours du mois de l'arrêt de travail	_____	_____	_____

Dans le cas où l'employeur a demandé le versement direct du montant des indemnités journalières

N° ATTRIBUTAIRE

L'employeur atteste en outre, que cette interruption _____ (*) en rapport avec un accident, survenu à l'occasion du travail ou du trajet entre le lieu de travail et le domicile.

Fait à Monaco, le ____ / ____ / ____

Signature et cachet de l'employeur

(*) à compléter par *EST* ou *N'EST PAS*

A REMPLIR PAR L'ASSURE

En cas d'hospitalisation : date d'entrée : ____ / ____ / ____ date de sortie : ____ / ____ / ____

Ne pas oublier de joindre un bulletin de situation

Nombre d'enfant(s) à charge dans le foyer :

Si l'interruption de travail est d'une durée inférieure à quinze jours, déposer cette attestation à la C.C.S.S. dès la reprise d'activité.

Si l'interruption est supérieure à quinze jours, déposer une attestation d'absence à la C.C.S.S. toutes les deux semaines ainsi que lors de la reprise d'activité.