

DEMANDE D'INDEMNITE TEMPORAIRE D'INAPTITUDE

(Articles L.433-1 et D.433-2 à D.433-8 du Code de la sécurité sociale, article D.4624-47 du Code du travail)

A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)

• identification

nom et prénom

n° d'immatriculation

adresse

• renseignements relatifs à l'accident du travail ou la maladie professionnelle

date de l'accident ou de la maladie professionnelle ayant conduit à l'inaptitude

A la suite de l'accident ou de la maladie professionnelle ayant entraîné cette inaptitude, percevez-vous une rente ? NON ☐ OUI ☐

• coordonnées de l'employeur (Ces informations ne concernent que le poste de travail pour lequel vous avez été déclaré(e) inapte)

nom, prénom ou dénomination sociale de votre employeur

adresse

• attestation (avant de remplir cette attestation, lisez les rubriques ① et ② de la notice jointe)

Je soussigné(e), M/Mme/Mlle....., déclare sur l'honneur que pendant le mois suivant la date de l'avis d'inaptitude relatif à l'accident ou à la maladie professionnelle précité(e) :

☐ je ne percevrai aucune rémunération liée à mon activité salariée☐ je percevrai une rémunération au titre de mes jours de congés, du au☐ je percevrai une rémunération liée à mon activité salariée (hors jours de congés), correspondant à jours payésJe précise que j'ai un (ou plusieurs) autre(s) employeur(s) : oui ☐ non ☐

Fait à..... le

Signature de l'assuré(e)

A COMPLETER PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL

Je soussigné(e), Dr....., certifie avoir établi le un avis d'inaptitude pour M/Mme/Mlle....., qui est susceptible d'être en lien avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle en date du

Fait à..... le

Signature du médecin du travail et cachet du service

DEMANDE D'INDEMNITE TEMPORAIRE D'INAPTITUDE
(Articles L.433-1 et D.433-2 à D.433-8 du Code de la sécurité sociale, article D.4624-47 du Code du travail)
A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)
• identification

nom et prénom

n° d'immatriculation

adresse

• renseignements relatifs à l'accident du travail ou la maladie professionnelle

date de l'accident ou de la maladie professionnelle ayant conduit à l'inaptitude

A la suite de l'accident ou de la maladie professionnelle ayant entraîné cette inaptitude, percevez-vous une rente ? NON ☐ OUI ☐
• coordonnées de l'employeur *(Ces informations ne concernent que le poste de travail pour lequel vous avez été déclaré(e) inapte)*

nom, prénom ou dénomination sociale de votre employeur

adresse

• attestation *(avant de remplir cette attestation, lisez les rubriques ❶ et ❷ de la notice jointe)*

Je soussigné(e), M/Mme/Mlle....., déclare sur l'honneur que pendant le mois suivant la date de l'avis d'inaptitude relatif à l'accident ou à la maladie professionnelle précité(e) :

☐ je ne percevrai aucune rémunération liée à mon activité salariée

☐ je percevrai une rémunération au titre de mes jours de congés, du au

☐ je percevrai une rémunération liée à mon activité salariée (hors jours de congés), correspondant à jours payés
Je précise que j'ai un (ou plusieurs) autre(s) employeur(s) : oui ☐ non ☐

Fait à..... le

Signature de l'assuré(e)

A COMPLETER PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL

Je soussigné(e), Dr....., certifie avoir établi le un avis d'inaptitude pour M/Mme/Mlle....., qui est susceptible d'être en lien avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle en date du

Fait à..... le

Signature du médecin du travail et cachet du service

DEMANDE D'INDEMNITE TEMPORAIRE D'INAPTITUDE

(Articles L.433-1 et D.433-2 à D.433-8 du Code de la sécurité sociale, article D.4624-47 du Code du travail)

A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)

• identification

nom et prénom

n° d'immatriculation

adresse

• renseignements relatifs à l'accident du travail ou la maladie professionnelle

date de l'accident ou de la maladie professionnelle ayant conduit à l'inaptitude

A la suite de l'accident ou de la maladie professionnelle ayant entraîné cette inaptitude, percevez-vous une rente ? NON ☐ OUI ☐

• coordonnées de l'employeur (Ces informations ne concernent que le poste de travail pour lequel vous avez été déclaré(e) inapte)

nom, prénom ou dénomination sociale de votre employeur

adresse

Fait à..... le

Signature de l'assuré(e)

ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), M/Mme/Mlle.....employeur de M/Mme/Mlle.....
certifie qu'entre la date de l'avis d'inaptitude et celle de son reclassement ou de son licenciement, l'intéressé(e) :

☐ n'a perçu aucune rémunération⁽¹⁾ liée à son activité salariée☐ a perçu une rémunération⁽¹⁾ au titre de ses jours de congés, du au☐ a perçu une rémunération⁽¹⁾ liée à son activité salariée (hors jours de congés), correspondant à jours payés

Date de reclassement

Date de licenciement

n° SIRET

Fait à..... le

Signature de l'employeur et cachet de l'entreprise

(1) Ces informations ne concernent que le poste de travail pour lequel votre salarié(e) a été
déclaré(e) inapte.

Vous devez indiquer si, au cours de la période considérée, vous avez versé à votre salarié
une rémunération : maintien de salaire, congés payés, récupération du temps de travail, etc.

**Vous devez adresser ce formulaire à l'organisme d'assurance maladie de votre salarié(e) dans les 8 jours qui suivent la
décision de reclassement, acceptée par le(la) salarié(e), ou la décision de licenciement.**

La loi 78.17 du 06-01-78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès
et de rectification pour les données vous concernant.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou fausses déclarations (articles L. 114-13 du Code de la sécurité
sociale, 441.1 Code pénal).

Accident du travail Maladie professionnelle

DEMANDE D'INDEMNITE TEMPORAIRE D'INAPTITUDE

(Articles L.433-1 et D.433-2 à D.433-8 du Code de la sécurité sociale, article D.4624-47 du Code du travail)

NOTICE

Ce formulaire est destiné au salarié déclaré inapte à son poste de travail suite à un arrêt indemnisé au titre d'un accident du travail ou d'une maladie d'origine professionnelle.

Lorsque le médecin du travail considère que cette inaptitude est susceptible d'être en lien avec un accident ou une maladie professionnelle, il remet ce formulaire au salarié.

Il pourra ainsi bénéficier du versement de l'indemnité temporaire d'inaptitude pendant la période d'un mois maximum entre la date de l'avis d'inaptitude prononcée par le médecin du travail et la décision de reclassement ou de licenciement prise par l'employeur.

à destination du médecin du travail

Vous devez remettre ce formulaire au salarié, après l'avoir complété, lorsque vous constatez que l'inaptitude au poste de travail est susceptible d'être en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle.

à destination de l'assuré(e)

Après avoir complété les rubriques vous concernant :

- vous adressez le **volet 1** à l'organisme d'assurance maladie dont vous dépendez et le **volet 3** à votre employeur
- vous conservez le **volet 2**.

❶ Rémunération liée à l'activité salariée

Vous devez indiquer, en cochant la ou les case(s) correspondante(s), si, au cours du mois suivant la date de l'avis d'inaptitude, votre employeur :

- ne vous versera aucune rémunération,
- vous versera une rémunération au titre d'un congé payé de quelque nature que ce soit (congés payés, journées de récupération du temps de travail, etc.),
- vous versera une rémunération liée à votre activité salariée (maintien de salaire, etc.).

Ces informations ne visent que le poste de travail pour lequel vous avez été déclaré(e) inapte.

❷ Cas particulier

Si vous travaillez pour plusieurs employeurs, vous devez adresser un formulaire pour chaque emploi que vous occupez et pour lequel vous avez été déclaré(e) inapte par le médecin du travail.

Pour tous renseignements complémentaires, consultez votre organisme d'assurance maladie.