

ATTESTATION D'ACTIVITÉ

→ Formulaire à remplir par l'employeur en cas d'arrêt maladie, maternité, paternité, allocation femme enceinte d'un marin salarié ou non-salarié.



L'employeur

Je soussigné(e) : _____

Nom de l'armement : _____

Numéro d'armateur : _____

Numéro de SIRET :

Navire : _____ Armé à : _____

Immatriculé : _____

Genre de navigation (au moment du débarquement) : _____

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____ Pays : _____

Téléphone : Courriel : _____

Acceptez-vous d'être contacté par courriel ? Oui Non

Le marin

Déclare que Mme/M : _____

Numéro de marin : _____

Embarqué/employé en qualité de : _____ Catégorie d'embarquement :

Numéro de sécurité sociale :

Travail à temps plein : Oui Non Si activité partielle, quotité : %

Le marin a-t-il été débarqué ? Oui Non Si Oui, date du débarquement : _____

Calcul des droits

→ Si le marin exerce une activité à temps plein :

Nombre de jours rémunérés et déclarés (navigation, congés, service à terre...) sur les 3 derniers mois : _____ jours.
En cas d'employeurs multiples sur les 3 derniers mois, une attestation complétée par chacun des employeurs est nécessaire.

→ Si le marin exerce une activité à temps partiel :

Somme des salaires réels bruts versés sur les 3 derniers mois : _____ Euros.

Fait à _____, le / /

Signature
et cachet de l'employeur :

FORMULAIRE À RENSEIGNER PAR L'EMPLOYEUR DÈS RÉCEPTION DE L'ARRÊT MALADIE ET À ADRESSER À :

Enim - Département des politiques sociales maritimes de santé (DPS)

27 quai de Solidor

CS 31854

35418 Saint-Malo Cedex

sante@enim.eu