

DECLARATION D'ARRET DE TRAVAIL SUPERIEUR A 90 JOURS  
Exonération des cotisations

**Renseignements concernant l'adhérent :**

N° d'adhérent : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

**Renseignements concernant l'arrêt de travail :**

Date de l'arrêt de travail initial : .....

Date du certificat de l'arrêt de travail de prolongation : .....

Date de reprise du travail : .....

**Pièces à joindre :**

- Avis d'arrêt de travail initial
- Avis d'arrêt de travail de prolongation

*Très important : Veuillez nous informer dès la reprise du travail par courrier ou par fax.*

*L'exonération des cotisations tant pour le salarié que l'entreprise est appliquée au 1<sup>er</sup> du mois suivant le terme de la période des 91 jours d'arrêt de travail.*

*La réintégration éventuelle du salarié à l'effectif payant se fait au 1<sup>er</sup> du mois suivant la réintégration.*

Cachet de l'entreprise :

Date et signature :