

## ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT **DES INDEMNITES JOURNALIERES**

Nº 11135\*04

MALADIE X

MATERNITE PATERNITE - ACCUEIL DE L'ENFANT-ADOPTION

<b>Attestation</b>
rectificative

FEMME ENCEINTE DISPENSEE DE TRAVAIL

ATTSAL-BIS

(Art. L. 3.	23-4, L. 331-3,  L. 331- 7 et 8,  L. 333-1, R. 313-3	, R 313-7, R. 323-4, R. 323- L'EMPLOYEUF		et R. 331-5 du Code	de la sécurité sociale)		
NOM et PRENOM ou DENOMINATION HIGHSKILL							
	nue des Champs Elysees chez OCP Business Center 4						
	0 0 8 PARIS		N° téléphone				
Code Post	al Commune			(facultati	0003330120		
Numéro SIRET 9	2 0 3 1 1 8 1 8 0 0 0		S'il s'agit d'	une entreprise de trava	ail temporaire, cocher cette case		
L'ASSURE(E)							
N° D'IMMATRICULATI	ON 2 8 9 0 1 9 9 3 5	1 2 2 2 7 5	MATRICULE I (facultatif)	DANS L'ENTREPRISE	© 00011		
NOM et PRENOM RJAIBI Rim							
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))  ADRESSE 55 RUF DULLT GEORGES KEISER							
ADRESSE 55 RUE DU LT GEORGES KEISER  9 5 1 1 0 SANNOIS							
Code Postal Commune							
EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE Chef de Projet							
	RENSEIGNEMENT		ETUDE DES D				
Date du dernier jour de travail	Situation à date de l'a			Date de reprise anticipée du			
travail							
Activité à temps partiel : pour motif médical pour raison personnelle DUREE DU TRAVAIL OU MONTANT DES SALAIRES BRUTS SOUMIS A COTISATIONS SOCIALES (lire attentivement la notice au verso)							
DUREE DU TRAVAIL OU MONTANT DES SALAIRES BRUTS SOUMIS À COTISATIONS SOCIALES (lire attentivement la notice au verso)  CAS GENERAL :							
- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs  569.01							
♥ si ce nombre est inférieur à 150, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 6 mois civils  PRECEDANT  LA DATE DU							
SI L'ACTIVITE PRESEN	TE UN CARACTERE SAISONNIER OU DISCONTINU ET	SI LES CONDITIONS DU CAS (	SENERAL NE SONT PAS	REMPLIES (voir notic	DERNIER JOUR		
SI L'ACTIVITE PRESENTE UN CARACTERE SAISONNIER OU DISCONTINU <u>ET SI</u> LES CONDITIONS DU CAS GENERAL NE SONT PAS REMPLIES ( <u>voir notice</u> ):  - indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs  MENTIONNEE							
∜ si ce nombi	re est inférieur à 600, indiquez le montant des sala	ires bruts soumis à cotisatio	ons au cours des 12 mo	is civils	CI-DESSUS		
SALAIRES DE REFERENCE							
F	PERIODES DE REFERENCE :		L'ASSUR	(E) A ETE ABSENT			
	CAS GENERAL : 3 mois civils SONNIERE ou DISCONTINUE : 12 mois civils	SALAIRES		IODE DE REFEREN D'UN MAINTIEN DE S			
		Montant du salaire selon le cas :	Motif de d'heures	Nombre d'heures prévues par le	Salaire Perte de		
du	au	- brut X	l'absence réellement effectuées	contrat de travail	rétabli (indiquez le montant brut)		
0 1 0 3 2	0 2 3 3 1 0 3 2 0 2 3	- réduit de 21 % 3 5 506.84	4 5	6	7 8		
0 1 0 4 2	0 2 3 3 0 0 4 2 0 2 3						
0 1 0 5 2	0 2 3 3 1 0 5 2 0 2 3	5 506.84					
MATERNITE (à signer, au début du repos prénatal, par l'assurée)  PATERNITE - ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION (à signer au début du congé par la personne assurée qui le demande)							
Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins  Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée de ce congé légal.							
8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité.							
The second section of the second seco							
Signature de la personne assurée qui demande le congé							
SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE							
Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation : IBAN de l'employeur							
du (Saisir, sans espace, vos coordonnées bancaires) et domiciliation							
Fait à PARIS le 2 7 0 6 2 0 2 3 Signature de l'employeur							
Nom du signataire et qualité							

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages indus. (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L 162-114 du Code de la sécurité sociale.

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 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 auprès de votre organisme d'assurance maladie.

ATTSAL-BIS S3201p