cerfa

N° 11135*04
ATTSAL-BIS

# ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES

MALADIE ☒ MATERNITE ☐ PATERNITE - ACCUEIL DE L'ENFANT- ADOPTION ☐
FEMME ENCEINTE DISPENSEE DE TRAVAIL ☐

Attestation rectificative ☐

*(Art. L. 323-4, L. 331-3, L. 331- 7 et 8, L. 333-1, R. 313-3, R 313-7, R. 323-4, R. 323-6, R. 323-8, R. 323-10 et R. 331-5 du Code de la sécurité sociale)*

## L'EMPLOYEUR

NOM et PRENOM ou DENOMINATION HIGHSKILL

ADRESSE 66 Avenue des Champs Elysees chez OCP Business Center 4

Code Postal 75008 Commune PARIS

N° téléphone *(facultatif)* 0685530120

Numéro SIRET 92031180000016

S'il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case

## L'ASSURE(E)

N° D'IMMATRICULATION 192079935132667

MATRICULE DANS L'ENTREPRISE *(facultatif)* 00023

NOM et PRENOM SNOUSSI Wadii
*(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))*

ADRESSE 6 Rue Taine

Code Postal 75012 Commune PARIS

EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE développeur FULLSTACK

## RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS

Date du dernier jour de travail 04072024

Situation à la date de l'arrêt Actif

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)

**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** 507.09
  - **si ce nombre est inférieur à 150, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 6 mois civils**

**SI L'ACTIVITE PRESENTE UN CARACTERE SAISONNIER OU DISCONTINU ET SI LES CONDITIONS DU CAS GENERAL NE SONT PAS REMPLIES (voir notice) :**

- **indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs**
  - **si ce nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils**

**PRECEDANT LA DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL MENTIONNEE CI-DESSUS**

## SALAIRES DE REFERENCE

| PERIODES DE REFERENCE : CAS GENERAL : 3 mois civils ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE : 12 mois civils | | SALAIRES | L'ASSURE(E) A ETE ABSENT(E) PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE ET NE BENEFICIE PAS D'UN MAINTIEN DE SALAIRE | | | | TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| du 1 | au 2 | Montant du salaire selon le cas : - brut ☒ - réduit de 21 % ☐ 3 | Motif de l'absence 4 | Nombre d'heures réellement effectuées 5 | Nombre d'heures prévues par le contrat de travail 6 | Salaire rétabli 7 | Perte de salaire *(indiquez le montant brut)* 8 |
| 01042024 | 30042024 | 5 375.20 | | | | | |
| 01052024 | 31052024 | 5 136.56 | ABA | 163.75 | 171.67 | 5 375.20 | |
| 01062024 | 30062024 | 5 375.20 | | | | | |

**MATERNITE** (à signer, au début du repos prénatal, par l'assurée)

Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité.

**PATERNITE - ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION** (à signer au début du congé par la personne assurée qui le demande)

Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée de ce congé légal.
Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.

Signature de la personne assurée qui demande le congé

## SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation :

du au

IBAN de l'employeur
*(Saisir, sans espace, vos coordonnées bancaires)*

et domiciliation

Fait à PARIS le 23072024

Signature de l'employeur

Nom du signataire et qualité ELLOUZE Mohamed
Directeur

*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. 162-1-14 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.*