

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

**ATTSAL-BIS** 

MALADIE X

MATERNITE PATERNITE - ACCUEIL DE L'ENFANT- ADOPTION

Attestation	
rectificative	1

No	11	135"	U4

<b>Attestation</b>	ſ
Attestation rectificative	l

FEMME ENCEINTE DISPENSEE DE TRAVAIL

(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 L'EMPLOYEUF		R. 323-10	et R. 331-5 du	Code de la sécur	ité sociale)	
NOM et PRENOM ou DENOMINATION HIGHSKILL	LLWIFLOTLOR	<u> </u>					
ADRESSE 66 Avenue des Champs Elysees	chez OCP Business Center 4						
7   5   0   0   8   PARIS	N° téléphone 0695520120						
Code Postal Commune	1   6			·			
Numéro SIRET   9   2   0   3   1   1   8   1   8   0   0   0			S'il s'agit d'ເ	une entreprise de	travail temporaire,	cocher cette case	
	L'ASSURE(E)	MAT		ANS L'ENTRE	DDICE		
N° D'IMMATRICULATION 2 9 2 0 2 2 8 0 8 5	3 5 0 1 3		ltatif)	ANS LENTRE	00082		
NOM et PRENOM ZEMMOURI Imane, épouse AMZIL (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'îl y a lieu))							
ADRESSE 9 RUE FLORA TRISTAN							
2   8   3   0   0   LEVES							
Code Postal  COMMUNE  EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE  Ingénieur étude et développ	nement						
RENSEIGNEMENTS		'FTUDE	DES D	ROITS			
Date du dernier   1   0   0   7   2   0   2   5   Situation à la				Date de repi	ise ı		
jour de travail 1 0 0 7 2 0 2 3 date de l'arrêt	Acui			anticipée du travail			
Activité à temps partiel : pour motif médical   pour raison pe	ersonnelle 🗌			auvuil			
DUREE DU TRAVAIL OU MONTANT DES SALAIRES B	RUTS SOUMIS A	COTISAT	IONS S	OCIALES	(lire attentiveme	nt la notice au verso)	
CAS GENERAL:				=	(0.01		
- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au		•			69.01	PRECEDANT	
si ce nombre est inférieur à 150, indiquez le montant des salaires	bruts soumis à cotisation	ns au cours	des 6 mois	civils		LA DATE DU DERNIER JOUR	
SI L'ACTIVITE PRESENTE UN CARACTERE SAISONNIER OU DISCONTINU ET SI L					notice):	DE TRAVAIL MENTIONNEE	
- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au			•			CI-DESSUS	
🔖 si ce nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires			des 12 mo	is civils		/	
PERIODES DE REFERENCE :	AIRES DE REFE		'ASSLIDE	(E) A ETE ABS	SENT/E\	TEMPS	
CAS GENERAL : 3 mois civils ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE : 12 mois civils	SALAIRES	PENDAN	T LA PERI CIE PAS D	ODE DE REFE	RENCE ET NE	PARTIEL THERAPEUTIQUE	
	Montant du salaire selon le cas :	Motif de	Nombre d'heures réellement	Nombre d'heures prévues par le	Salaire	Perte de salaire	
du au 1 2	- brut 🔀 - réduit de 21 % 🔲 3		effectuées 5	contrat de travail  6	rétabli 7	(indiquez le montant brut) 8	
0 1 0 4 2 0 2 5 3 0 0 4 2 0 2 5	5 017.08						
0 1 0 5 2 0 2 5 3 1 0 5 2 0 2 5	5 212.08						
	5 137.08						
MATERNITE (à signer, au début du repos prénatal, par l'assurée)	PATERNITE - AC	CUEL DE	I 'ENEA	NT - ADOPT	ION <sup>(à signer a</sup>	u début du congé par	
Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins	Je m'engage à ces				ia personne	assurée qui le demande)	
8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à	Dans le cas contrai					èt.	
l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité.							
Signature de la personne assurée qui der	mande le congé						
SUBROGATION E	N CAS DE MAIN	ITIEN DE	SALA	IRE			
Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation :	IBAN de l'emplo		náes hancaire	s)			
du au au		, ٧03 0001001111	oos varitailes	<i>"</i>			
Fait à PARIS le 1 7 0 7 2 0 2 5 Signature de l'employeur							
Nom du signataire et qualité ELLOUZE Mohamed Directeur					M	Dammed	

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