

ATTESTATION DE PERTE DE SALAIRE
Accident "Hors service"

UNION DEPARTEMENTALE DES SAPEURS POMPIERS DE LA VENDEE

AMICALE de :

- Date du sinistre :

- Identité de la victime :

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR :

Je soussigné :
(nom ou raison sociale et profession de l'employeur)

certifie que **M**
(nom et prénom de l'employé(e))

employé de mon entreprise, a fait l'objet d'un arrêt de travail

duau

A subit une perte de salaire pour la période :

Duausoit.....jours.

PERTE DE SALAIRE CONSECUTIVE A CET ARRET DE TRAVAIL

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR	
<p>Salaire réel qui aurait normalement dû être versé <u>sur la période déclarée précédemment</u> :</p> <p>SALAIRE NET</p> <p>.....</p>	<p>Somme (<u>nette</u>) effectivement versée par l'employeur <u>durant cette période</u> (notamment au titre d'accords d'entreprise, compléments divers, etc)</p> <p>.....</p>

Fait à : le
pour servir et valoir ce que de droit.

Signature de la victime

**Signature de l'employeur
et cachet de l'entreprise**

=====
Cette attestation dûment complétée est à retourner à l'assureur ci-dessus indiqué accompagnée :

- des **ORIGINAUX** des décomptes des indemnités journalières de la Sécurité Sociale,
- de la photocopie des trois derniers bulletins de salaire (avant l'accident).