

**ATTESTATION DE PERTE DE SALAIRE**  
**Accident "Hors service"**

**UNION DEPARTEMENTALE DES SAPEURS POMPIERS DU CANTAL**

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

du ..... au ..... soit ..... jours.

**PERTE DE SALAIRE CONSECUTIVE A CET ARRET DE TRAVAIL**

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR	
Salaire réel qui aurait normalement dû être versé pendant l'arrêt de travail <b>SALAIRE NET</b> .....	Somme ( <u>nette</u> ) effectivement versée <b>par l'employeur</b> durant cette période (notamment au titre d'accords d'entreprise, compléments divers, etc) .....

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).