

## ATTESTATION DE PERTE DE SALAIRE

Je soussigné, \_\_\_\_\_

certifie que M.  Mme  \_\_\_\_\_

employé(e) dans notre entreprise, a subi une perte de salaire de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ NET de charges,

suite à son arrêt de travail du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

correspondant au sinistre du \_\_\_\_\_

Le montant correspond à une perte de revenu

Le montant correspond à une perte de primes

Dans ce cas, Veuillez nous communiquer **le détail des primes et de leurs montants :**

---

---

---

---

### Les indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale et la Mutuelle

Sont à déduire de ce montant.

Sont déjà déduites de ce montant.

Date

Signature et cachet de l'employeur

**N.B :** Si la mutuelle n'intervient pas pour le versement d'indemnités journalières, veuillez nous fournir **OBLIGATOIREMENT** son refus notifié.