

Dijon, le 17 avril 2024

Prestations Espèces Indemnités Journalières

Votre interlocuteur : Corinne Barbant  
Téléphone : 0385395083  
Réf. du destinataire : 3839673460024  
Dossier : 2 68 06 28 280 045 (VA01)  
BELIN-LEDUC GERALDINE

**ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR**

Je soussigné Gros Anne Françoise PDG de la SAS DOMAINE AF GROS  
(Nom, prénom ou raison sociale de l'employeur)  
Certifié que : 5 Grande Rue 21630 POMMARD  
2680628280045 - LEDUC GERALDINE REGINE PAU

A travaillé à temps partiel durant le mois de 01/03/2024, vous devez nous communiquer :

- pour chaque période réellement travaillée à temps partiel thérapeutique la perte de salaire  
du 01/03/2024 au 31/03/2024 \*\* Perte de salaire : 50,24 euros  
Salaire brut si votre salarié avait travaillé à temps plein : 1850 euros  
du ...../...../..... au ...../...../..... \*\* Perte de salaire : .....euros  
Salaire brut si votre salarié avait travaillé à temps plein : .....euros  
du ...../...../..... au ...../...../..... \*\* Perte de salaire : .....euros  
Salaire brut si votre salarié avait travaillé à temps plein : .....euros  
du ...../...../..... au ...../...../..... \*\* Perte de salaire : .....euros  
Salaire brut si votre salarié avait travaillé à temps plein : .....euros

\*\* Perte de salaire : Différence entre le salaire théorique brut si l'assuré avait travaillé à temps complet (salaire tel qu'il serait dû à la victime selon son temps de travail habituel avec les primes) et le salaire brut effectivement perçu à temps partiel thérapeutique (salaire tel qu'il est versé à la victime avec les primes).

- pour chaque période de congé ou arrêt de travail temps complet : les dates et motifs d'absence :  
du ...../...../..... au ...../...../..... au motif de : .....  
du ...../...../..... au ...../...../..... au motif de : .....  
du ...../...../..... au ...../...../..... au motif de : .....

Pendant l'arrêt de travail à temps partiel, merci de préciser si vous effectuez la subrogation (cocher la case correspondante) :

- le versement de son salaire lui a été maintenu
- le versement de son salaire ne lui a pas été maintenu

Date : Le 23/04/2024

**SAS DOMAINE AF GROS**  
5 Grande Rue - 21630 Pommard  
SIRET 383 007 346 00016  
T.V.A. FR 84 383 007 346  
Cachet de l'employeur  
[Signature]

Dijon, le 17 avril 2024

**Prestations Espèces Indemnités Journalières**

Votre interlocuteur : Corinne Barbant  
Téléphone : 0385395083  
Réf. du destinataire : **38396734600024**  
Dossier : **2 68 06 28 280 045 (VA01)**  
BELIN-LEDUC GERALDINE

**ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR**

Afin de nous permettre d'effectuer le calcul de la part complémentaire des indemnités journalières, nous vous demandons de bien vouloir compléter et nous communiquer les éléments suivants concernant :

2680628280045 - LEDUC GERALDINE REGINE PAU

**1 / Si l'assuré n'a aucune absence** : veuillez nous indiquer :

- Période du temps partiel du...../...../..... au ...../...../.....  
et le montant du salaire brut réellement perçu : .....euros

**2 / Si l'assuré a eu une période d'absence** : veuillez nous indiquer :

- Période d'absence du 01/03/24 au 01/03/24 *sur le salaire de 1/3 au 31/3/2024*  
et le montant du salaire brut réellement perçu en déduisant le montant brut relatif à l'absence (congrés, absence...) : 1766,20 *1/2 journée de congés payés* euros

Je soussigné... Anne Françoise Gros P.D.G.  
(Nom, prénom ou raison sociale de l'employeur)  
certifie cette déclaration exacte.

Date : 23/04/2024

Cachet de l'employeur  
**SAS DOMAINE AF GROS**  
5 Grande Rue - 21630 Pommard  
SIRET 383 967 346 00016  
T.V.A. FR 84 383 967 346

AF Gros