Demande de paiement

d’ALLOCATIONS COMPLEMENTAIRES de MALADIE

Délai de demande : la demande doit parvenir au FSTL dans un délai de trois ans après la fin de la période de maladie qui donne droit à l’allocation.

## CADRE À REMPLIR PAR L'OUVRIER

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L’ouvrier:(nom + prénom)Rue + n°

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Code postal + Communen° de registre national: Téléphone :E-mail :Etait en congé de maladie ininterrompu du (jj/mm/aaaa): |   -  - 1ièr jour :  /  /  . Dernier jour : :  /  /  Par maladie : max 6 tranches de 60 jours calendrier (= max. 360 jours)Possibilité de faire la demande par tranche ou plusieurs tranches ensemble |
| Le remboursement peut être effectué sur le compte suivant de l’ouvrier: | IBAN BE **-  -  -** BIC  |



|  |  |
| --- | --- |
| Date : | . . / . . / . . . . (jj/mm/aaaa) Signature ouvrier: |

Veuillez écrire ci-dessous « Déclaré sincère et véritable »:

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

## CADRE RESERVER POUR LE FSTL

|  |  |
| --- | --- |
| Interne | Accord FSTLAccord FSTLInitiale : …………………………Date : ……./……./……………..Signature : |

N° registre national, nom et prénom ouvrier:



## CADRE À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

|  |  |
| --- | --- |
| Entreprise: |  |
| N° ONSS (obligatoire): | 083 -  -  |
| Téléphone: |  E-mail:  |
|  |
| Déclare que l’ouvrier:(nom + prénom)n° de registre national: a été en congé de maladie ininterrompu du (jj/mm/aaaa):Date sortie(si d’application) |   -  -  /  /  au  /  /   /  /  à repris le travail le :  /  /   (si d’application)  |

|  |  |
| --- | --- |
|  Date : | . . / . . / . . . . (jj/mm/aaaa) |

Veuillez écrire ci-dessous “Déclaré sincère et véritable »

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Signature employeur:



**Cachet entreprise:**

## CADRE À REMPLIR PAR LA MUTUALITÉ

 Je soussigné(é) (nom) : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Déclare que l’ouvrier susmentionné a bénéficié des indemnités primaires d’incapacité de travail de l’AMI

depuis le . . / . . / . . . . jusqu’au . . / . . / . . . . du chef de maladie.

Incapacité de travail suite à une maladie professionnelle : oui ou non (supprimer le cas échéant)

**Cachet mutualité:**

Date: . . / . . / . . . . (jj/mm/aaaa)

Signature mutualité: