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 + Commune  n° 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 FSTL  Accord FSTL  Initiale : …………………………  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: