


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)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Rue + n°	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Code postal + Commune	<input style="width: 100%;" type="text"/>
n° de registre national:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Téléphone :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
E-mail :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Etait en congé de maladie ininterrompu du (jj/mm/aaaa):	1 ^{er} jour : <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> . Dernier jour : <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/>
Le remboursement peut être effectué sur le compte suivant de l'ouvrier:	Par maladie : max 6 tranches de 60 jours calendrier (= max. 360 jours) Possibilité de faire la demande par tranche ou plusieurs tranches ensemble
	IBAN BE <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> BIC <input style="width: 100px;" type="text"/>



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

Signature ouvrier:

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

.....

CADRE RESERVER POUR LE FSTL

<p><u>Interne</u></p>	<p><u>Accord FSTL</u></p> <p>Initiale :</p> <p>Date :/...../.....</p> <p>Signature :</p>
-----------------------	--

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):

 / / au / /

Date sortie
(si d'application)

 / /

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)

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

Signature mutualité:

Cachet mutualité:

Les demandes incomplètes, imparfaitement remplies et où pour lesquelles les pièces justificatives demandées sont manquantes, ne seront pas remboursées

A envoyer au: Fonds Social Transport et Logistique (FSTL) - 115 Bld de Smet de Naeyer - 1090 Bruxelles.

Les informations recueillies ainsi à votre sujet, seront uniquement utilisées dans le cadre des activités du Fonds Social Transport et Logistique. Conformément à la loi du 8 décembre 1992 sur la protection de la vie privée, elles vous seront communiquées à votre demande et seront, le cas échéant, corrigées.