

INDEMNITE COMPLEMENTAIRE EN CAS D' ACCIDENT DE TRAVAIL

1. A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR (uniquement pour les ouvriers)

Nom : Prénom :

Adresse : Code postal : Localité :

N° NISS : Signature :

N° de compte : BE.....

Attention: le délai d'introduction de la demande est de 3 ans à partir de l'ouverture du droit.

2. DECLARATION DE LA COMPAGNIE D' ASSURANCES

Le soussigné, agissant au nom de la compagnie d' assurances

déclare que l'ouvrier

demeurant à

n° NISS :

a été victime d' un accident le

a repris le travail le

et a bénéficié des indemnités du / / au / / inclus.

Cet ouvrier est occupé par la firme

adresse :

inscrite à l' O.N.S.S. sous le n° : 055/..... -

Cachet de la compagnie d' assurances

Date et signature

.....