

## Demande de prestations liées à une incapacité de gain

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ N° AVS : \_\_\_\_\_

Situation de famille :  célibataire  marié(e)  divorcé(e)  veuf(ve)  partenariat

Depuis le : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

### Incapacité de gain pour cause de :

Accident - date de début d'incapacité de travail : \_\_\_\_\_

Nom de la caisse accident : \_\_\_\_\_

Maladie - date de début d'incapacité de travail : \_\_\_\_\_

Nom de la caisse maladie : \_\_\_\_\_

Salaire brut horaire ou mensuel : \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_ **Signature :** \_\_\_\_\_

**A joindre :**  Copie de l'annonce d'incapacité de gain à la caisse maladie

Copie de la déclaration accident

Copie de votre dernière fiche de salaire avant l'incapacité de travail

Copie de vos certificats médicaux