

**Demande de remboursement des ALLOCATIONS COMPLEMENTAIRES DE MALADIE OU D'ACCIDENT**

**F2**

*A renvoyer au Fonds Social dans les trois mois suivant la période concernée, sous peine de refus de remboursement.*

A REMPLIR PAR  
L'EMPLOYEUR

Nom ou raison sociale ..... n° matricule O.N.S.S. ....  
rue ..... n° ..... boîte .....  
code postal ..... localité .....

L'employeur soussigné déclare sur l'honneur que:

1° l'ouvrier(ère) a été en incapacité de travail ininterrompue pour maladie ou accident, autres qu'accidents de travail ou sur le chemin de travail (\*)  
depuis le .... / .... / .... jusqu'au .... / .... / ...., soit au total ..... jours.

2° le salaire hebdomadaire garanti par l'employeur couvre la période  
depuis le .... / .... / .... jusqu'au .... / .... / .... inclus.

3° le montant des allocations complémentaires qu'il lui a payé de ce chef s'élève à ..... €, Calculé de la façon suivante :

	5 jours semaine	6 jours semaine
Du jour 8 au jour 30 inclus	..... jours ouvrables x 1,20 € = .....	..... jours ouvrables x 1,00 € = .....
Du mois 2 à la fin du mois 6	..... jours ouvrables x 2,40 € = .....	..... jours ouvrables x 2,00 € = .....

*signature de l'employeur  
précédée de la mention  
"déclaré sincère et véritable"*

remboursement au compte n° ..... / .... / ....

A REMPLIR PAR  
L'OUVRIERE(ERE)

L'ouvrier(ère) soussigné(e)  
Nom, prénoms ..... date de naissance .... / .... / ....  
rue ..... n° ..... boîte .....  
code postal ..... localité .....

état civil marié(e) / célibataire (biffer la mention inutile)

reconnait avoir reçu de son employeur .....

les allocations complémentaires de maladie ou d'accident, autres qu'accidents de travail ou sur le chemin du travail de ..... €

*signature de l'ouvrier(ère)  
précédée de la mention  
"déclaré sincère et véritable"*

carte de déménageur (numéro) P ..... / .... / ....

A REMPLIR PAR  
LA MUTUELLE

Nom de la mutuelle .....

Nous attestons que l'ouvrier(ère) ..... (nom, prénoms)  
rue ..... n° ..... boîte .....  
code postal ..... localité .....

bénéficié (a bénéficié) des indemnités primaires d'incapacité de l'I.N.A.M.I.  
depuis la date du .... / .... / .... du chef de maladie ou d'accident autres qu'accidents de travail ou sur le chemin du travail.

*sceau de la mutuelle  
nom et signature*

à ..... / .... / ....

(\*) La rechute d'une même maladie fait partie intégrante de l'incapacité précédente si elle survient dans les 12 premiers jours ouvrables qui suivent la fin de cette période d'incapacité.

**Réservé au Fonds Social:**

remboursé le .... / .... / ....

par .....