FONDS DES MALADIES PROFESSIONNELLES
Institution publique de sécurité sociale
Avenue de l'Astronomie, 1 • 1210 BRUXELLES
Tél. 02 226 62 11 • Fax 02 218 61 07 • E-mail secr@fmp.fgov.be • http://www.fmp.fgov.be
Compte chèque postal IBAN BE86 6790 0537 8850 – BIC PCHQBEBB
Ouvert de 9h à 12h et sur rendez-vous

DECLARATION DE PERTE DE SALAIRE

I. Identité du demandeur	**II. Centre d'expertise**
N° de dossier Nom, prénom Adresse NISS	
III : A remplir par le centre d'expertise	**IV : A remplir par l'employeur** *(perte de salaire brute,sans les charges patronales)*
Signature et/ou cachet Date consultation: / / Date consultation: / / Date consultation: / / Date consultation: / / Date consultation: / / Date consultation: / /	EUR EUR EUR EUR EUR EUR

V : Déclaration par l'employeur

☐ Le dit montant doit être payé directement à l'intéressé(e).
☐ Le dit montant a été payé par l'employeur à l'intéressé(e), par conséquent, il doit être remboursé à l'employeur au compte

IBAN :

BIC :

(compte de l'employeur)

Je soussigné(e) confirme sur l'honneur que la présente déclaration est complète et véritable et n'ignore pas que toute déclaration fausse ou incomplète peut donner lieu à des poursuites judiciaires.

Date et signature ……

(Nom, adresse et cachet) (Signature d'un mandataire)

VI : Réservé à l'administration

---/ ---/ ------