

A remplir par votre employeur ou votre secrétariat social

ATTESTATION DE PERTE DE REVENU

Références/n° de dossier :

Date de l'accident :

Lieu de l'accident :

Le soussigné (employeur/secrétariat social)

Nom et prénom :

Adresse :

déclare que :

Nom et prénom:

Adresse :

1) travaille pour lui en tant qu'OUVRIER/EMPLOYE/FONCTIONNAIRE (à biffer) et qu'il a été victime d'un accident dont il résulte

- une incapacité totale du (date)/...../..... au/...../..... inclus
- une incapacité partielle de% du (date)/...../..... au/...../..... inclus
- une reprise du travail depuis le/...../.....

2) aurait perçu un revenu net de euros, s'il n'avait pas été en incapacité de travail durant cette période

3) à la suite de l'incapacité de travail consécutive à l'accident, il a perçu un revenu net garanti (hebdomadaire/mensuel) de

- (montant) euros du (date)/...../..... au/...../..... inclus
- (montant) euros du (date)/...../..... au/...../..... inclus
- (montant) euros du (date)/...../..... au/...../..... inclus
- (montant) euros du (date)/...../..... au/...../..... inclus

4) à la suite de l'incapacité de travail consécutive à l'accident, il a perdu (montant) euros de chèques repas, primes, ...

Fait le (date)/...../.....

à

Signature cachet de l'employeur/secrétariat social