



FONDS SOCIAL DES ENTREPRISES DE TAXIS ET DES SERVICES DE LOCATION DE VOITURES  
AVEC CHAUFFEUR

**Formulaire de demande de remboursement  
des allocations complémentaires en cas d'incapacité de travail**

A retourner au:

**Fonds Social des entreprises de taxis et des services de location de voitures avec chauffeur**

Avenue de la Métrologie 8

1130 Bruxelles

Fax: 02/245.80.48

Nom ou raison sociale de l'employeur: .....

Adresse: .....

Code Postal:..... Localité :.....

L'employeur soussigné déclare sur l'honneur:

- 1) que le travailleur a été en congé de maladie, d'accident ou d'accident de travail ininterrompu depuis le ..... jusqu'au ....., soit au total ..... jours.
- 2) le salaire hebdomadaire garanti payé par l'employeur couvre la période du.....au.....
- 3) que le montant des allocations complémentaires qu'il lui a payé s'élève à €.....

Date:

Signature de l'employeur,  
précédée de la mention  
« Déclaré sincère et véritable »

Remboursement sur le compte bancaire de l'employeur : ...../...../.....

Le travailleur soussigné:

Nom, Prénom:.....

Adresse: .....

Code Postal:..... Localité: .....

reconnait avoir reçu de son employeur €..... à titre d'allocations complémentaires en cas d'incapacité de travail.

Date:

Signature du travailleur  
Précédée de la mention  
« Déclaré sincère et véritable »