



**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



**A remplir par votre mutuelle**

**ATTESTATION DE PERTE DE REVENU**

---

Références/n° de dossier :.....

Date de l'accident :.....

Lieu de l'accident :.....

Le soussigné (mutuelle)

Nom et prénom :.....

Adresse :.....

déclare que :

Nom et prénom:.....

Adresse :.....

1) a été victime d'un accident dont il résulte une incapacité totale du (date) ...../...../..... au ...../...../..... inclus.

2) à la suite de l'incapacité de travail consécutive à l'accident, il a perçu une indemnité 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

3) plus aucune indemnité n'a été payée depuis le ..../..../..... .

Raison : .....  
.....  
.....

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

à .....

Signature cachet de la mutuelle