

# Déclaration MALADIE / ACCIDENTS

## pour le versement des allocations familiales

---

L'employeur (entreprise) :

.....  
.....  
.....

membre de l'ASSBA, certifie que son employé(e) : N° .....

Nom et prénom .....

né(e) le .....

domicilié(e) à .....

a subi une incapacité de travail par suite de maladie accident congé maternité

du ..... au..... de ..... %

du ..... au..... de ..... %

du ..... au..... de ..... %

Pendant cette incapacité, l'allocataire précité a été indemnisé par :

**Nom et adresse de la Caisse-maladie ou Société d'assurances accidents :**

.....  
.....  
.....  
.....

Le soussigné atteste l'exactitude de cette déclaration.

Lieu et date : .....

Signature de l'employeur : .....

A envoyer à l'adresse ci-après : (avec le décompte périodique)

**ASSBA**

**Case postale 28**

**1967 Bramois**