



**MODE DE PAIEMENT SOUHAITE POUR VOTRE RENTE**

Numéraire

Bancaire

Préciser le poste comptable/ l'établissement bancaire \_\_\_\_\_

**A COMPLETER PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL**CERTIFICAT DE LESIONS CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL (ITT) \_\_\_\_\_

CERTIFICAT DE CONSOLIDATION   /   /    CERTIFICAT DE GUERISON   /   /    

SEQUELLES \_\_\_\_\_

INCAPACITE PARTIELLE PERMANENTE (IPP) \_\_\_\_\_

**DECISION DE LA COMMISSION DE REFORME**TYPE DE HANDICAP \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATE DE L'ACCIDENT	IMPUTABILITE MEDICALE RELATIVE A L'ACCIDENT OUI/NON	DATE DE LA CONSOLIDATION	TAUX D'IPP DONNE PAR EXPERTISE	IPP DU MEDECIN CONSEIL CPPF	INCAPACITE PARTIELLE PERMANENTE (IPP COMMISSION)

\* la date de la consolidation est celle à laquelle aucune amélioration sensible de l'infirmité n'est susceptible d'intervenir et à laquelle il est possible de déterminer un taux de déficit fonctionnel permanent

AGENT DE RECEPTION	DATE DE RECEPTION
Nom, Prénom et Signature	



## DIRECTION GENERALE

### DELEGATION PROVINCIALE

PIECES A FOURNIR POUR LE DOSSIER DE BASE
1 Copie d'acte de naissance légalisée du demandeur (légalisé) + original
Dossier médical du demandeur
1 Photo d'identité du demandeur
Attestation d'emploi du demandeur
Fiche de déclaration d'accident
Relevé d'identité bancaire (RIB)