

DEMANDE DE PAIEMENT DES ALLOCATIONS COMPLEMENTAIRES DE MALADIE OU D'ACCIDENT

A retourner au :

FONDS SOCIAL DES ENTREPRISES
POUR LA RÉCUPÉRATION DU PAPIER (SCP 142.03)
BluePoint Brussels
Boulevard Auguste Reyers – 1030 Bruxelles
T 02 474 07 26 – info.fonds142@denuo.be

A COMPLETER EN MAJUSCULES SVP

CADRE A REMPLIR PAR L' EMPLOYEUR	<p>Nom ou raison sociale de l'employeur :</p> <p>Adresse : N° Postal : Localité :</p> <p>N° O.N.S.S. complet : <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> - <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> - <input type="text"/><input type="text"/> Tél. :/...../.....</p> <p>L'employeur soussigné déclare sur l'honneur que l'ouvrier(ère) ci-dessous :</p> <p>1° est occupé (e) à temps plein est occupé (e) à temps partiel (biffer la mention inutile) en cas de temps partiel spécifier le régime :</p> <p>2° que l'ouvrier(ère) a été en congé de maladie (sauf maladie professionnelle) ou d'accident (sauf accident du travail) ininterrompu (1) depuis le jusqu'au, soit au total jours.</p> <p>3° le salaire hebdomadaire garanti payé par l'employeur couvre la période du au inclus.</p> <p style="text-align: right;">Signature de l'employeur précédée de la mention "déclaré sincère et véritable"</p> <p>Date/...../.....</p>
CADRE A REMPLIR PAR L' OUVRIER(ERE)	<p>L'ouvrier(ère) soussigné :</p> <p>Nom, prénoms : N° Registre national :</p> <p>Adresse : N° Postal Localité</p> <p>MODE DE PAIEMENT OUVRIER(ERE) :</p> <p>COMPTE IBAN : <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> - <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Signature de l'ouvrier(ère)</p> <p>Date/...../.....</p>
CADRE A REMPLIR PAR LA MUTUELLE	<p>Nom de la mutuelle:</p> <p>Rue: N°</p> <p>N° Postal Localité :</p> <p>Nous attestons que l'ouvrier(ère) susnommé :</p> <p>bénéficie (a bénéficié) des indemnités primaires d'incapacité de l'A.M.I. du chef d'accident ou de maladie depuis la date du jusqu'au</p> <p style="text-align: center;">Sceau de la mutuelle. A le/...../.....</p> <p style="text-align: right;">Signature</p>

REMARQUE

L'ayant-droit et l'Organisme de Paiement sont priés de vérifier l'exactitude de toutes les mentions, spécialement le numéro de registre national, et, éventuellement d'en demander la rectification suivant la procédure prévue.

Les données personnelles que vous fournissez via ce formulaire sont traitées par le Fonds social des entreprises pour la récupération du papier. Ces données personnelles sont traitées conformément aux dispositions du Règlement Général Européen sur la Protection des Données (RGPD) du 27 avril 2016. Le Fonds social traite les données personnelles dans le cadre de son obligation légale du versement d'avantages sociaux, le financement de la formation professionnelle et de la sécurité et la santé des salariés. Les données personnelles sont collectées et conservées aussi longtemps que cela est nécessaire et pendant au moins 7 ans. Vous avez le droit de demander l'accès à vos propres données personnelles. Vous pouvez demander vos propres données personnelles, les consulter et, si nécessaire, les faire corriger. Vous pouvez toujours exercer vos droits via privacy@denuo.be.

Vous pouvez consulter plus d'informations sur notre politique en matière de protection des données personnelles via notre déclaration de confidentialité sur denuo.be/fr/politique-de-protection-de-la-vie-privée-du-fonds-social-14203