DEMANDE DE PAIEMENT DES ALLOCATIONS COMPLEMENTAIRES DE MALADIE

Pour ouvriers à partir de 53 ans

A retourner au :
FONDS SOCIAL DES ENTREPRISES
POUR LA RECUPERATION DES METAUX (S.C.P. 142.01)
Buro & Design Center
Esplanade 1 B87 – 1020 Bruxelles
T 02 474 07 26 – info.fonds142@denuo.be

A COMPLETER EN MAJUSCULES SVP

CADRE A REMPLIR PAR L' EMPLOYEUR

Nom ou raison sociale de l'employeur : ……

Adresse :…… N° Postal : …… Localité : ……..……..

N° O.N.S.S. complet : ☐☐☐-☐☐☐☐☐☐☐-☐☐ Tél. : ……/……

L'employeur soussigné déclare sur l'honneur que l'ouvrier(ère) ci-dessous :

1° est engagé par ma firme depuis le ……..

est occupé (e) à temps plein

est occupé (e) à temps partiel *(biffer la mention inutile)*

en cas de temps partiel spécifier le régime : ……

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.

3° le salaire hebdomadaire garanti payé par l'employeur couvre la période

du ……..……..…… au ……..…….. inclus.

Signature de l'employeur

précédée de la mention "déclaré sincère et véritable"

Date ……../……..…../……..…..

(1) La rechute d'une même maladie fait partie intégrante de l'incapacité précédente si elle survient dans les 12 premiers jours ouvrables qui suivent la fin de cette période d'incapacité.

CADRE A REMPLIR PAR L' OUVRIER(ERE)

L'ouvrier(ère) soussigné :

Nom, prénoms : :……..……..N° Registre national : ……

Adresse :…… N° Postal ……..…Localité ……..…..

MODE DE PAIEMENT COMPTE N° : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Signature de l'ouvrier(ère)

Date ……../……..…../……..…..

ANCIENNETE :

J'atteste avoir été occupé(e) pendant 5 ans au moins dans une ou plusieurs entreprises ressortissant à la Commission Paritaire 142.01

CADRE A REMPLIR PAR LA MUTUELLE

Nom de la mutuelle: ……..

Rue: …… N° …….. ……

N° Postal…… Localité : ……..

Nous attestons que l'ouvrier(ère) susnommé : ……

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 …… ……

Sceau de la mutuelle.

A ……..……., le ……/……/……

Signature

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 des métaux. 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-privee-du-fonds-social-14201.