# 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)**
**Esplanade 1 B87 - 1020 Bruxelles**
**☎ 02/474.07.26**

***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.
Vos données à caractère personnel seront enregistrées dans le fichier du Fonds de Sécurité. En vertu de la loi du 8 décembre 1992 sur la protection de la vie privée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification de ces données..