

A REMPLIR PAR LA MUTUELLE**PERIODE DE CARENS (à remplir à.p.d. 30ième jour)**

Nom de la Mutuelle

Rue n° Boîte

Code postal Commune

Nous attestons que l'ouvrier(ère) précité(e) bénéficie des indemnités primaires d'incapacité de l'A.M.I. depuis la date du / / en raison de maladie ou d'accident, à l'exclusion d'incapacité de travail par suite de maladie professionnelle ou accident de travail.

Le délai de carence de 30 jours a été atteint le / /

..... / / 20.....

Signature

Sceau de la Mutuelle

REMARQUE

L'ayant-droit et l'organisme de paiement sont priés de vérifier l'exactitude de toutes les mentions, en particulier le numéro de registre national et les dates, et, le cas échéant, d'en demander la rectification suivant la procédure prévue. Vos données à caractère personnel seront enregistrées dans le fichier du fonds social. Les données à caractère personnel que vous transmettez moyennant le présent formulaire, seront traitées par le fonds social des entreprises de carrosserie. Elles seront traitées conformément aux dispositions du Règlement général européen relatif à la Protection des Données (RGPD) du 27 avril 2016. Le fonds social traite les données à caractère personnel exclusivement aux fins auxquelles elles sont collectées, à savoir l'obligation légale de règlement et d'assurance de l'octroi et du versement des indemnités complémentaires aux ouvriers de la SCP 149.02. Les données à caractère personnel seront collectées tant que ces fins le requièrent. Vous bénéficiez d'un droit de regard sur vos données à caractère personnel. Vous bénéficiez du droit d'accès, de consultation et, le cas échéant, de rectification. Dans certains cas et lorsqu'ils sont pleinement justifiés, vous pouvez requérir le droit de suppression de vos données à caractère personnel. Pour exercer ces droits, veuillez prendre contact avec le fonds social.