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

F2

pour ouvrier(ère) plus jeune que 55 ans

A renvoyer au : **FONDS SOCIAL DES ENTREPRISES DE CARROSSERIE (S.C.P. 149.02)**
Avenue Jules Bordet 164 - 1140 BRUXELLES T. 02/776.78.71 - Fax. 02/776.78.80

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Nom ou raison sociale de l'employeur .....

rue ..... n° ..... Boîte : .....

Code postal ..... Commune .....

N° O.N.S.S. : ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ -⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ -⌊ ⌋⌊ ⌋ (Complet) Tél. ..... / .....

L'employeur soussigné déclare sur l'honneur que l'ouvrier(ère) a été en congé de maladie (autre que professionnelle) ou d'accident ininterrompu (autre qu'un accident de travail) (1)

depuis ..... jusqu'au ....., soit au total ..... jours civils (2)

☐ TEMPS PLEIN
☐ MI-TEMPS

..... / ..... / 20..... Signature : Cachet de la firme

(1) *La rechute d'une même maladie fait partie intégrante de l'incapacité précédente si elle survient dans les 14 premiers jours calendrier qui suivent la fin de cette période d'incapacité.*
(2) *Minimum 30 jours - Maximum 36 mois.*

A REMPLIR PAR L'OUVRIER(RE)

Je soussigné : nom, prénom .....

rue ..... n° ..... Boîte : .....

Code postal ..... Commune .....

N° de registre national ⌊ ⌋⌊ ⌋ ⌊ ⌋⌊ ⌋ ⌊ ⌋⌊ ⌋ -⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ -⌊ ⌋⌊ ⌋

IBAN BE ⌊ ⌋⌊ ⌋ ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋

Si numéro de compte étranger, remplir n° BIC

BIC ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋

Tél. ouvrier(ère) .....

..... / ..... / 20..... Signature de l'ouvrier(ère)

A REMPLIR PAR LA MUTUELLE

Nom de la mutuelle .....

rue ..... n° ..... Boîte : .....

Code postal ..... Commune .....

Nous attestons que l'ouvrier(ère) susnommé(e) ..... bénéficie (a bénéficié) des indemnités primaires de l'A.M.I. du chef d'accident ou maladie depuis ..... / ..... / 20..... jusqu'au ..... / ..... / 20.....

à ..... , ... / ..... / ..... Signature

Cachet 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.