

# FONDS DE SECURITE D'EXISTENCE DE L'AMEUBLEMENT ET DE L'INDUSTRIE TRANSFORMATRICE DU BOIS

ALLEE HOF-TER-VLEEST 5 bte 2 - 1070 BRUXELLES  
Tél. 02 528 58 36 ou 02 528 58 94 - info@fonds126.be - www.fse126.be

Cachet de l'organisme syndical

## INDEMNITE COMPLEMENTAIRE EN CAS DE MALADIE DE LONGUE DUREE

### 1. A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR (uniquement pour les ouvriers)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Code postal : ..... Localité : .....

N° de NISS : .....

Signature : .....

N° de compte : BE.....

Premier jour de la maladie : ..... / ..... / .....

Attention: le délai d'introduction de la demande est de 3 ans à partir de l'ouverture du droit.

### 2. A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

Le soussigné certifie que l'ouvrier était lié par un contrat de travail à l'entreprise citée ci-après au moment où la maladie a débuté et que les prestations **complètes / partielles (pourcentage: ... %)** le concernant ont été déclarées à l' O.N.S.S. sous le n°: 055 / .....

Date d'entrée en service : ...../...../.....

Ouvrier frontalier : OUI / NON

Le soussigné certifie en outre qu'il ne s'agit pas d'une interruption de travail par suite d'un repos d'accouchement et avoir payé à l'ouvrier concerné le salaire garanti relatif à la période du ...../...../..... au ...../...../..... inclus.

Veuillez donner la raison si le **salaire garanti** n'a pas été payé ou n'a été payé qu'en partie :

#### **A compléter en cas de reprise (partielle) du travail :**

- Reprise du travail du ..... / ..... / ..... jusqu'au ..... / ..... / .....
- Nombre d'heures prestées durant cette période : ..... h/semaine

Dénomination de l'entreprise : .....

Personne de contact : .....

Cachet de l'entreprise

Date : ...../...../.....

Téléphone : .....

Signature de l'employeur ou de son délégué : .....

Adresse e-mail : .....

### 3. ATTESTATION DE LA MUTUALITE

1. Merci de joindre une ATTESTATION DE LA MUTUALITE.

Cette attestation doit donner un aperçu détaillé :

- a. des périodes qui ont été indemnisées
- b. des indemnités journalières qui ont été versées pour les différentes périodes mentionnées

2. En cas de reprise partielle du travail :

Merci de joindre également une ATTESTATION AVEC L'AUTORISATION DU MEDECIN-CONSEIL.

Cette attestation mentionne la période durant laquelle le travail peut être partiellement repris et le nombre d'heures par semaine qui peuvent être prestées.