

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

Allée Hof-ter-Vleest 5 bte 2 - 1070 Bruxelles  
Tél. 02 528 58 94 – info@fonds126.be – www.fse126.be

Cachet de l'organisation  
syndicale

**Pécule de vacances aux ouvriers(ères) qui, par suite  
d'un handicap physique, sont en incapacité  
de travail totale de longue durée**

Ce formulaire est à utiliser exclusivement par les ouvriers qui demandent l'allocation pour la première fois.

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

Nom : ..... Prénom .....

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

N° NISS : ..... Signature : .....

N° IBAN : BE.....-.....-.....-.....

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**

Cessation de travail depuis le : ...../...../.....

Employeurs qui ont occupé l'ouvrier pendant les 10 (ou 25) années précédant la cessation de travail (joindre éventuellement des pièces justificatives officielles) :

Dénomination de la firme	N° O.N.S.S.	Période d'occupation	Cachet de la firme
1.....	.....	..... au .....	.....
2.....	.....	..... au .....	.....
3.....	.....	..... au .....	.....
4.....	.....	..... au .....	.....
5.....	.....	..... au .....	.....

(Joindre éventuellement une liste complémentaire)

**SUITE AU VERSO**

**3. A COMPLETER PAR LA MUTUELLE (en cas d'invalidité due à la maladie) OU PAR LE FONDS DES MALADIES PROFESSIONNELLES (en cas de maladie professionnelle)**

Le soussigné, .....  
de la mutuelle : .....  
du Fonds des Maladies professionnelles .....  
déclare que le/la nommé(e) .....  
- a été indemnisé(e) pour cause de maladie depuis : ...../...../..... et  
- a été indemnisé(e) pour cause d'invalidité (au moins 66%) pendant la période du ...../..... /..... au  
...../...../..... (l'invalidité continue)

Cachet de la mutuelle / du Fonds

A ....., le ..... / ..... / .....  
(signature)

**4. A COMPLETER PAR LA COMPAGNIE D'ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL (en cas d'invalidité résultant d'un accident du travail)**

Le soussigné, .....  
de la compagnie d'assurance : .....  
certifie que le/la nommé(e) .....  
demeurant à : .....  
a été indemnisé(e) pendant la période du ...../...../..... au ...../...../.....  
à la suite d'un accident du travail, et se trouve, au moins à 66%, dans l'incapacité physique d'exercer un travail.

Cachet de la compagnie d'assurance

A ....., le .....  
(Signature)

Les données communiquées seront reprises dans le fichier des données du Fonds de Sécurité d'Existence de l'Ameublement et de l'Industrie Transformatrice du Bois. Elles seront exclusivement utilisées pour vérifier votre droit aux avantages sociaux complémentaires et en vue de leur octroi éventuel en exécution de la convention collective de travail qui fixe la tâche légale de ce Fonds. Vous avez le droit d'accéder à ces données et vous pouvez éventuellement les faire corriger.