

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

ALLEE HOF TER VLEEST 5 bte 2 -1070 BRUXELLES  
Tel. (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° 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 (\*) le concernant ont été déclarées à l' O.N.S.S. sous le n°: **055** / .....

Il 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 hebdomadaire garanti relatif à la période du ...../...../..... au ...../...../..... inclus.

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

.....

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

Ouvrier frontalier : OUI / NON

Dénomination de l'entreprise : .....

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

Téléphone : ..... Cachet de la firme: .....

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

Signature de l'employeur ou de son délégué:

(\*) Pourcentage : .....

.....

**3. A COMPLETER PAR LA MUTUELLE:**

La mutuelle, dont le cachet est apposé ci-dessous, atteste :

que la maladie citée à la case 1 a / n'a pas donné lieu à l'octroi des indemnités prévues par la législation relative à l'assurance obligatoire maladie et invalidité

a) du ...../...../..... au ...../...../..... inclus ( ..... %)

b) du ...../...../..... au ...../...../..... inclus ( ..... %) (rechute : O / N )

Période couverte par le **congé annuel** : du ...../...../..... au ...../...../.....

Période du **congé de maternité** : du ...../...../..... au ...../...../.....

Cachet de la mutuelle

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

Nom et qualité du signataire :

(\*) Biffer la mention inutile

Signature :

Les données communiquées seront reprises dans le fichier des données du FSE 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 Cct qui fixe la tâche légale de ce Fonds. Vous avez le droit d'accéder à ces données et vous pouvez éventuellement les faire corriger.