

# FONDS SOCIAL POUR LES ENTREPRISES DE NETTOYAGE ET DESINFECTION

Avenue des Nerviens 117 bte 48bis - 1040 Bruxelles

Intervention en cas d'INCAPACITE DE TRAVAIL de longue durée, suite à une MALADIE ORDINAIRE ou ACCIDENT DE DROIT COMMUN, à l' exclusion du repos d'accouchement

Conditions générales à remplir: l'ouvrier doit être lié par un contrat de travail à une entreprise ressortant de la compétence de la Commission Paritaire pour le Nettoyage.

<b>A. Renseignement concernant l'ouvrier malade (en imprimé)</b>	Femme/ Homme	Cachet du syndicat
Nom: ..... Prénom: ..... Adresse: ..... Code postal: ..... Commune: ..... NRN: ..... Premier jour de maladie: ..... N° compte bancaire: <input type="text"/>		
art.171 (chômage) oui/non si oui - quel était l'employeur où l'ouvrier a travaillé plein-temps? ..... branche: .....		N° affiliation ..... Date d'affiliation .....

**B. A remplir par l'employeur**

Nom de la firme: .....  
 Adresse: .....  
 Code postal: ..... Commune: .....  
 No tél. : ..... / ..... N° O.N.S.S.: 066 /           (prefixe)

<b>Données sur l'ouvrier</b> Embauché depuis: ..... Licencié depuis: ..... A cause de: .....	<b>Données en ce qui concerne les prestations:</b> Trimestre avant le premier jour de maladie: ..... Salaire brut: ..... Jours de travail: ..... Jours de congé: ..... Jours assimilés: ..... Jours du trimestre: .....
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pendant l'année dans laquelle le premier jour de maladie tombe, le congé annuel légal a été pris du ..... jusqu' au ..... et du ..... jusqu'au ..... et ..... et .....  
 Dans le même année, le repos d' accouchement a été pris ( ou sera pris) du ..... jusqu'au .....  
 Date: ..... / ..... / ..... Cachet de l'entreprise et signature:

**C. A remplir par la Mutualité ou joindre une attestation détaillée** N° d'affiliation: .....

La mutualité dont le cachet figure ci-dessus déclare que:

- la maladie citée dans la casse A a donné lieu à l'octroi des indemnités prévues par la législation relative à l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, suivant les données ci-dessous:

du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... période de SHG

du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... indemnité de € ..... pendant ..... jours

du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... indemnité de € ..... pendant ..... jours

du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... indemnité de € ..... pendant ..... jours

du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... indemnité de € ..... pendant ..... jours

- le congé annuel légal a été déduit des indemnités du mois de ..... (..... jours)
- les périodes indemnisées contiennent un repos d'accouchement du ..... au .....
- les périodes indemnisées contiennent une période d'écartement prophylactique du ..... au .....
- les périodes indemnisées contiennent un repos d'allaitement du ..... au .....

Date: ..... Cachet de la mutualité et signature:

Signature

N° tél. .... / .....