

FONDS SOCIAL POUR LES ENTREPRISES DE NETTOYAGE ET DESINFECTIION

Avenue des Nerviens 117 - 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 Nationale pour le Nettoyage et la Désinfection

A. Renseignement concernant l'ouvrier malade (en imprimé) Femme/ Homme Nom: Prénom: Adresse: Code postal.: Commune: NRN: N° compte bancaire: Premier jour de maladie: art.171 (chômage) oui/non si oui - quel était l'employeur où l'ouvrier a travaillé plein-temps? branche:	Cachet du syndicat 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)	
Données sur l'ouvrier Embauché depuis: Licencié depuis: A cause de:	Données en ce qui concerne les prestations: 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 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 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 Date: Cachet de la mutualité et signature: Signature N° tél. /	N° d'affiliation:
---	-------------------------

D. Réserve au Fonds Social du jusqu'au X du jusqu'au X du jusqu'au X	jours	€
--	-------	---