# FONDS SOCIAL POUR LES ENTREPRISES DE NETTOYAGE ET DESINFECTION

Avenue des Nerviens 117 bte 48bis - 1040 Bruxelles

## Intervention en cas d'ACCIDENTS DE TRAVAIL, NON MORTELS, ou ACCIDENTS SUR LE CHEMIN DU TRAVAIL.

**Conditions générales à remplir:**

L' ouvrier doit être lié par un contrat de travail à une entreprise relevant de la compétence de la Commission paritaire nationale pour le Nettoyage et la Désinfection.

**A. Renseignements concernant l'ouvrier**

Nom - Prénom : .....

Adresse: .....N°.: .....

N° Postal : ..... Domicile : .....

NNR: .....

N° compte bancaire.:

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Jour de l'accident ...../...../.....

Cachet du syndicat

N° d'affiliation .....

.....
Date d'affiliation au Syndicat

## Joindre les bordereaux de paiement de l'assureur

**B. A compléter par l'employeur.**

Dénomination de l'entreprise ou

nom et prénom de l'employeur : .....

Adresse : ..... Commune : .....

Le soussigné ..... Qualité .....

déclare que l'ouvrier, à la date de l'accident, était sous contrat de travail dans l'entreprise mentionnée ci-dessus et que ses prestations de travail ont été déclarées auprès de l' O.N.S.S.

sous le numéro : 066/ ☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Nom de l'organisme assureur

auprès duquel l'accident a été déclaré : .....

Adresse complète / .....

N° d'affiliation : ..... Date de déclaration de l'accident : ...../...../.....

N° de sinistre communiqué par l'organisme assureur : .....

Eventuellement : date de reprise du travail : .....

Cachet de l'entreprise

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

Signature: