

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	Cachet du syndicat
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:			

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 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

Date: Cachet de la mutualité et signature:
 Signature
 N° tél. /

D. Réserve au Fonds Social

	jours	€
du jusqu'au	X
du jusqu'au	X
du jusqu'au	X