

SOCIAAL FONDS VOOR DE SCHOONMAAK-EN ONTSMETTINGSONDERNEMINGEN

Nerviërslaan 117 - 1040 Brussel

**Tegemoetkoming bij langdurig ARBEIDSONGESCHIKTHEID als gevolg van GEWONE ZIEKTE
of ONGEVAL VAN GEMEEN RECHT, met uitsluiting van bevallingsrust**

Te vervullen algemene voorwaarden: De arbeider moet door een lopende arbeidsovereenkomst verbonden zijn aan een onderneming die ressorteert onder de bevoegdheid van het Nationaal Paritair Comité voor de Schoonmaak en de Ontsmetting op de eerste ziektedag.

A. Inlichtingen betreffende de zieke arbeider (in drukletters) Vrouw/ Man Naam: Voornaam: Adres: Postnr.: Gemeente: NNR: Bankrekening nr: Eerste ziektedag: <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td></tr></table>											Stempel van de vakbond Aansluitingsnr. Aansluitingsdatum
art.171 (werkloosheid) ja/nee zo ja - welke werkgever stelde de arbeider voltijds te werk?bedrijfstak:											

B. In te vullen door de werkgever Naam van de firma: Adres: Postnr.: Gemeente: Tel.nr. : / Nr. R.S.Z.: 066 / <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td></tr></table>										
Gegevens over de arbeider in dienst sedert: Uit dienst sedert: wegens:	Gegevens betreffende de prestaties: Kwartaal voor de eerste ziektedag: Brutoloon: Werkdagen: Verlofdagen: Gelijkgestelde <u>dagen</u> : Dagen van het trimester: In het jaar waarin de eerste ziektedag viel, werd het jaarlijks verlof genomen van tot en van tot en In het zelfde jaar werd zwangerschapsverlof genomen (of zal worden genomen) van tot Datum: / / Stempel van de onderneming en handtekening:									

C. In te vullen door het Ziekenfonds of een gedetailleerd attest bijvoegen. Het Ziekenfonds, waarvan stempel hieronder is geplaatst, verklaart dat: - de ziekte vermeld in vak A aanleiding gegeven heeft tot het toekennen van de vergoedingen voorzien bij de wetgeving inzake de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit, volgens onderstaande gegevens: van / / tot / / periode van het GWL van / / tot / / vergoed tegen € gedurende dagen van / / tot / / vergoed tegen € gedurende dagen van / / tot / / vergoed tegen € gedurende dagen van / / tot / / vergoed tegen € gedurende dagen - het wettelijk jaarlijks verlof werd afgehouden van de tussenkomsten van (..... dagen) - de vergoede periode bevallingsrust bevat van tot Datum: Stempel van de mutualiteit en handtekening: Handtekening Tel. nr. /	Aansluitingsnummer:
---	---------------------------

D. Voorbehouden aan het Sociaal Fonds van tot X van tot X van tot X	dagen €
--	---------------------