

## Formulaire de demande d'intervention du Fonds Social pour la Coiffure, les Soins de beauté et le Fitness relative à l'indemnité complémentaire en cas d'incapacité de travail de longue durée

*Veillez renvoyer ce formulaire à votre syndicat*

*Si vous n'êtes pas affilié(e) à un syndicat, vous devez renvoyer ce formulaire  
au Fonds par e-mail ou par la poste*

### DONNÉES GÉNÉRALES

Employeur : .....  
Rue : ..... N° : ..... Bte : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
N° ONSS : ..... ☎ : ...../.....

Je, soussigné(e), déclare sur l'honneur que le travailleur/la travailleuse est/était en incapacité de travail non interrompue pour cause de (\*) : maladie – accident – accident de travail – accident sur le chemin du travail – maladie professionnelle (1) (\* biffer les mentions inutiles)

Le travailleur/la travailleuse: .....  
Rue : ..... N°: ..... Bte: .....  
Code postal : ..... Commune: .....  
N° Registre national : .....  
IBAN : ..... BIC : .....

Régime de travail :  ouvrier (-ière)     employé(e)  
 temps plein     temps partiel    soit .....heures/semaines

Période complète de l'incapacité de travail : ...../...../..... jusqu'au : ...../...../... inclus.

**!!! Veuillez annexer la fiche salariale du premier mois de l'incapacité de travail!!!**

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

## MUTUALITÉ

Nom de la mutualité : .....

Rue : ..... N° : ..... Bte : .....

Code postal : ..... Commune : .....

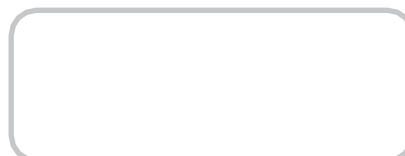
La mutualité déclare sur l'honneur que le travailleur/la travailleuse perçoit/a perçu l'indemnité d'incapacité primaire AMI, du ...../...../..... au ...../...../.....

**! Veuillez renvoyer l'attestation de la mutualité en annexe !**

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

Signature :

Cachet de la mutualité:



### Important :

Vos données sont automatiquement conservées et traitées par le Fonds en vue de l'octroi éventuel des avantages qui vous sont dus.

Conformément à la loi sur la protection de la vie privée, vous avez le droit de consulter ou de modifier ces données.

### Conditions à remplir :

- (1) Au moment où débute l'incapacité de travail, le travailleur/la travailleuse doit être lié(e) par un contrat de travail à un employeur ressortissant de la Commission Paritaire de la Coiffure et des Soins de beauté (y compris le Fitness)  
[Commission Paritaire 314 avec N° d'immatriculation ONSS 123 et 223].  
Attention : Cette indemnisation est valable pour autant que le travailleur soit encore occupé dans le secteur.
- (2) Afin de prétendre aux interventions du Fonds, le travailleur/la travailleuse doit être en incapacité de travail de longue durée (au moins 30 jours) pour cause de maladie ou d'accident de droit commun, accident sur le chemin du travail ou accident de travail. Pour cette période d'incapacité de travail de longue durée, il/elle doit percevoir une indemnité émanant d'une des institutions suivantes (mutualité, Caisse contre les accidents du travail, Fonds des maladies professionnelles, Fonds des accidents du travail, ...).
- (3) La période pour laquelle le Fonds peut octroyer une indemnité s'étend du 31<sup>ème</sup> jour au 150<sup>ème</sup> jour inclus (l'indemnité est octroyée sous le régime de 6 jours par semaine).
- (4) Avantage sectoriel octroyé pour une incapacité de travail de longue durée ayant débuté au plus tôt le 01/01/2009. Et ceci jusqu'à un maximum de 3 ans auparavant !
- (5) Pour les périodes de maladie débutant à compter du 2 avril 2026, le montant journalier de l'indemnité complémentaire passe de 15,00 euros bruts à 16,50 euros bruts du 31<sup>ème</sup> jour au 60<sup>ème</sup> jour inclus. Pour les 90 jours suivants, le montant journalier s'élève à 5,50 euros bruts.  
Cette augmentation du montant journalier s'applique du 2 avril 2026 au 1er avril 2028 inclus.

**!!! LES DEMANDES INCOMPLÈTES OU INCORRECTES NE SONT PAS PAYÉES!!!**