



**FONDS DE SÉCURITÉ D'EXISTENCE**  
**FONDS VOOR BESTAANSZEKERHEID**

Cachet de l'institution intermédiaire



## Formulaire de demande d'intervention du Fonds Social relative à l'indemnité complémentaire en cas d'incapacité de travail de longue durée

Veuillez renvoyer le présent formulaire à l'adresse du Fonds ci-dessous

### 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 – maternité – visite chez le dermatologue (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 :

(1) Pour la demande de remboursement d'une visite médicale chez le dermatologue, veuillez annexer une copie du certificat médical délivré par le spécialiste.



**FONDS DE SÉCURITÉ D'EXISTENCE  
FONDS VOOR BESTAANSZEKERHEID**

**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 de sécurité d'existence.

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 ou le congé de maternité, 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].
- (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, accident de travail ou pour cause de congé de maternité. 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, courtiers d'assurances, Fonds des maladies professionnelles, Fonds des accidents du travail, ....).
- (3) La période pour laquelle le Fonds peut octroyer une indemnité s'étend du 31ème jour au 150ème 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) Intervention de 20€ dans le cadre d'une consultation chez un médecin spécialisé en dermatologie.

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