

**DEMANDE D'ALLOCATION COMPLÉMENTAIRE  
EN CAS DE MALADIE DE LONGUE DURÉE  
OU DE FORCE MAJEURE**

A renvoyer de préférence par email :  
[led@comeos.be](mailto:led@comeos.be)

Ou par courrier :  
Lore-Elène Dignef / Fonds social 119  
Av. Van Nieuwenhuyse 8 - 1160 Bruxelles

**A. Renseignements concernant l'ouvrier/ouvrière (en majuscules)**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ N° de registre national \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ bte \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Tel/Gsm \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

L'ouvrier/l'ouvrière souhaite que son dossier soit traité en  français ou en  néerlandais

**Pour plus d'informations sur la prime : [www.sfonds119.be](http://www.sfonds119.be) > interventions > maladie / force majeure**

**Pour consulter le statut de votre dossier (une dizaine de jours après envoi) : [www.sfonds119.be](http://www.sfonds119.be) > Mon dossier**

**B. Déclaration de l'employeur (en majuscules)**

Entreprise \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ bte \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

N° ONSS \_\_\_\_\_ Personne à contacter \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

L'employeur déclare que l'ouvrier/ouvrière ci-dessus travaille normalement à temps  plein  
 partiel: \_\_\_\_\_ h/semaine

**I. Maladie de longue durée**

L'employeur susmentionné déclare que l'ouvrier/ouvrière mentionné(e) ci-dessus est/a été

absent(e) pour maladie depuis le \_\_\_\_\_ et  a repris le travail le \_\_\_\_\_

et a rechuté le \_\_\_\_\_

et a repris le travail le \_\_\_\_\_

n'a pas repris le travail.

écartée pendant sa grossesse du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

congé de maternité du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

absent(e) suite à un accident de travail indemnisé par l'assurance du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

et est ensuite passé sur la mutuelle du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**Veillez faire remplir le volet C du présent formulaire par la mutuelle ou y joindre un relevé d'indemnités**

**II. Force majeure**

L'employeur déclare que le contrat a été rompu le \_\_\_\_\_ pour force majeure médicale

**Documents à joindre à la demande:**

- Attestation du **médecin du travail** relative à l'**incapacité** de travail **définitive**;
- Copie du document par lequel il est définitivement mis **fin au contrat pour force majeure médicale**;
- Document signé par l'Onem, le syndicat ou la mutuelle attestant que l'intéressé(e) bénéficie d'**allocations** de chômage, de maladie ou d'invalidité (**volet C du présent formulaire**).

**III. Demande**

L'employeur demande au Fonds social de payer à l'ouvrier/ouvrière concerné(e) l'allocation complémentaire

de maladie de longue durée (I)

de force majeure (II)

Date: \_\_\_\_\_

Cachet de l'entreprise

Signature de l'employeur

**C. Déclaration de la mutuelle, de l'Onem ou du syndicat**

L'instance ci-dessous déclare que \_\_\_\_\_ (nom et prénom de l'ouvrier/ouvrière)  
a été indemnisé(e) du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_.

Date: \_\_\_\_\_

Cachet de l'organisme payeur

Signature du responsable