



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

A renvoyer par courrier :
Lore-Elène Dignef
Fonds social 119
Av. Van Nieuwenhuyse 8
1160 Bruxelles
Ou par email : led@comeos.be

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 ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ BIC¹
L'ouvrier/l'ouvrière souhaite que son dossier soit traité en français ou en néerlandais

B. Déclaration de l'employeur (en majuscules)

Entreprise
Rue n° bte
Code postal Commune
N° ONSS ☎
Personne à contacter E-mail
L'employeur susmentionné déclare que l'ouvrier/ouvrière mentionné(e) ci-dessus travaille normalement à temps
plein partiel
à raison de heures/semaine, le régime temps plein étant de heures/semaine

I. Maladie de longue durée

L'employeur susmentionné déclare que l'ouvrier/ouvrière mentionné(e) ci-dessus est/a été
 absent pour maladie depuis le et a repris le travail le
 et a rechuté le
 et repris le travail le
 n'a pas repris le travail
la période couverte par le salaire garanti courait du au
 écartée pendant sa grossesse
du au
Congé de maternité du au
 absent suite à un accident de travail
du au (période indemnisée par l'assurance)
et est ensuite passé sur la mutuelle
du au

¹L'IBAN est constitué de 2 lettres et 2 chiffres suivis de votre n° de compte bancaire, vous le trouverez, avec le BIC, sur vos extraits de compte

Veillez faire remplir le volet C du présent formulaire par la mutuelle

II. Force majeure

L'employeur susmentionné déclare que le contrat a été rompu le pour force majeure pour le motif suivant

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;
- 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
- de force majeure

Date:

Cachet de l'entreprise

**Signature de l'employeur
(la signature du secrétariat social
n'est PAS VALABLE)**

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

La mutuelle/l'Onem/le syndicat (biffez les mentions inutiles) déclare que

➤ (nom et prénom de l'ouvrier/ouvrière)
a été indemnisé(e) du au

Date:

Cachet de l'organisme payeur

Signature du responsable

Les données à caractère personnel vous concernant seront enregistrées dans un traitement permettant au Fonds social et de garantie du commerce alimentaire - Avenue Van Nieuwenhuyse 8 - 1160 Bruxelles - d'exécuter la convention collective de travail sectorielle.

En vertu de la loi du 8 décembre 1992 sur la protection de la vie privée, vous avez le droit d'accéder aux données personnelles vous concernant et de les faire éventuellement corriger.