

FONDS DE SECURITE D'EXISTENCE - SECTEUR "COIFFURE-SOINS DE BEAUTE-FITNESS"

Vijfwindgatenstraat 21F à 9000 Gand - ☎: 09/223.71.24 - 📠: 09/233.42.19

Site web: www.fse-cp314.be - Contact: fbz-fse@skynet.be

Cachet de l'organisation
intermediaire

FORMULAIRE DE DEMANDE D'OCTROI DES DIVERS AVANTAGES SOCIAUX ET DE SECURITE D'EXISTENCE

Destiné au Fonds

Important : Vos données sont traitées et conservées de façon automatisée par le F.S.E. en vue de l'octroi d'éventuels avantages de sécurité d'existence.

Conformément à la loi relative à la protection de la vie privée, vous avez le droit d'obtenir communication ou rectification de ces données.

Nature de la demande :

Veillez cocher la case adéquate ci-dessous

<input type="checkbox"/>	1	Maladie ordinaire	Rubrique D1 à compléter par votre mutualité
<input type="checkbox"/>	2.	Accident de droit commun	Rubrique D1 à compléter par votre mutualité
<input type="checkbox"/>	3.	Accident du travail	Rubriques E1 et E2 à compléter par l'organisme assureur-loi de employeur et par le Fonds des Accidents du Travail
<input type="checkbox"/>	4.	Accident sur le chemin du travail	Rubriques E1 et E2 à compléter par l'organisme assureur-loi de l'employeur et par le Fonds des Accidents du Travail
<input type="checkbox"/>	5.	Maladie professionnelle	Attestation délivrée par le Fonds des Maladies Professionnelles à annexer (E2)
<input type="checkbox"/>	6.	Congé de maternité	Rubrique D1 à compléter par votre mutualité
<input type="checkbox"/>	7.	Visite - Dermatologie	Rubrique D2 à compléter

Conditions à remplir :

1. Au moment où débute l'incapacité du travail ou la période de repos suite à un accouchement, le travailleur doit être lié par un contrat de travail à un employeur ressortissant de la commission paritaire de la Coiffure et des Soins de beauté (Fitness y compris)
2. Afin de pouvoir prétendre à l'intervention du Fonds, le travailleur doit être en incapacité de travail de longue durée (au moins 30 jours calendrier) pour cause de maladie, d'accident de droit commun, d'accident du travail ou sur le chemin du travail, ou pour cause de congé de maternité. Pour cette période d'incapacité de travail de longue durée ou en cas de congé de maternité, le travailleur doit percevoir les indemnités émanant des différents organismes assureurs (mutualités, caisses d'accident du travail, compagnies 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 jusqu'au 150ème jour (l'indemnité est octroyée sous le régime de 6 jours par semaine)
4. Avantage sectoriel octroyé pour toute incapacité de longue durée ayant débuté au plus tôt au 01/01/2009
5. Intervention de 20 euros dans le cadre d'une consultation chez un médecin spécialisé en dermatologie.

A		Renseignements relatifs au travailleur	
Nom		Prénom	
Rue			
Code postal		Commune	
Numéro d'identification à la Sécurité Sociale (N.I.S.S.)	/...../.....	
Numéro de compte bancaire	/...../.....	

B		Renseignements relatifs à l'employeur	
Dénomination			
Rue		N° / Boite	
Code Postal		Commune	
Numéro d'immatriculation à l'Office National de la Sécurité Sociale	/...../.....	
Numéro d'entreprise			

C		A compléter dans tous les cas	
Statut du travailleur	Ouvrier / Employé / Apprenti / Autres : (*)		
Date d'entrée en service :	.. / .. /	Date de sortie éventuelle	.. / .. /
Début de l'incapacité :	.. / .. /	Dernier jour presté	.. / .. /
Regime de travail	<input type="checkbox"/> Full time	<input type="checkbox"/> Temps partiel heures/semaine
Renseignements relatifs au paiement du salaire hebdomadaire et mensuel garanti			
Le salaire garanti a été payé pour la période du:		.. / .. /	inclus
au:		.. / .. /	
Si aucun salaire garanti n'a été payé, veuillez en indiquer la raison:			
A compléter uniquement en cas de rechute après la reprise de travail:			
Période(s) de reprise du travail:		Période(s) de salaire garanti:	
au .. / .. /	du .. / .. /	inclus	au .. / .. /
au .. / .. /	du .. / .. /	inclus	du .. / .. /
Si aucun salaire garanti n'a été payé, veuillez en indiquer la raison:			

(*) Biffer les mentions inutiles

- Formulaire à retourner auprès du Syndicat ou directement au Fonds de sécurité d'existence

D1		A compléter par la mutualité	
Le soussigné déclare par la présente que cette demande est introduite dans le cadre :			
<input type="checkbox"/> d'une incapacité de travail pour cause de maladie ordinaire (*) ou d'accident de droit commun (*)			
<input type="checkbox"/> la demande se réfère à une même maladie (*) ou accident de droit commun (*)			
<input type="checkbox"/> La travailleuse mentionnée ci-dessus est en repos de maternité (*)			
La période complète de l'incapacité de travail primaire :	au .. / .. /	du .. / .. /	inclus
Une allocation a été payée pour la(es) période(s) d'incapacité primaire suivante(s) :	au .. / .. /	du .. / .. /	inclus
	au .. / .. /	du .. / .. /	inclus
	au .. / .. /	du .. / .. /	inclus
Période de reprise de travail autorisée :	.. / .. /		
Aucune allocation n'a été payée pour la (les) période(s) suivante(s) d'incapacité primaire :			
Motif de l'absence d'indemnités (cocher et compléter les rubriques ad hoc)			
<input type="checkbox"/> salaire garanti	au .. / .. /	du .. / .. /	inclus
<input type="checkbox"/> vacances annuelles	au .. / .. /	du .. / .. /	inclus
<input type="checkbox"/> reprise totale du travail	au .. / .. /	du .. / .. /	inclus
<input type="checkbox"/> sanction pour cause de	au .. / .. /	du .. / .. /	inclus
<input type="checkbox"/> autre, notamment	au .. / .. /	du .. / .. /	inclus

Cachet de la mutualité

Date : .. / .. /

Nom du soussigné

Signature :

D2		A compléter - demande de remboursement d'une visite chez un dermatologue		
Visite médicale à la demande de :	<input type="checkbox"/> Visite médicale à l'embauche	<input type="checkbox"/> Visite médicale annuelle	<input type="checkbox"/> Visite à l'initiative du travailleur	<input type="checkbox"/> Autre:
Justificatifs :				
<input type="checkbox"/> Photocopie de l'attestation médicale délivrée par le spécialiste à joindre en annexe				
<input type="checkbox"/> Quittance de remboursement délivrée par la mutualité				
<input type="checkbox"/> A compléter par le médecin spécialiste en dermatologie (rubrique ci-dessous)				

Je soussigné,, médecin spécialisé en dermatologie, certifie avoir reçu ce jour, en consultation médicale, Mr/Me

Cette consultation résulte :
 1. d'une demande d'avis émanant de la médecine du travail (*)
 2. d'une demande spontanée du travailleur (*)

Date

Signature:
Cachet:

(*) Biffer les mentions inutiles

- Formulaire à retourner auprès du Syndicat ou directement au Fonds de sécurité d'existence

E1	A compléter par l'employeur		
Renseignements relatifs à l'organisme assureur			
Dénomination			
Rue		N° / Boite	
Code postal		Commune	
Numéro d'affiliation de l'employeur :			
Numéro d'inscription de l'accident :			
Date de déclaration de l'accident :		.. / .. /	

E2	A compléter par l'organisme assureur (**)		
Le soussigné déclare par la présente que :			
- l'ouvrier mentionné ci-dessus est en incapacité de travail à la suite d'un accident de travail (*), sur le chemin du travail (*) ou d'une maladie professionnelle (*).			
Date de déclaration de l'accident :			
La période complète de l'incapacité de travail temporaire (totale ou partielle) s'étend :			
au .. / .. /	du .. / .. /	inclus	% d'incapacité de travail : %
au .. / .. /	du .. / .. /	inclus	% d'incapacité de travail : %
au .. / .. /	du .. / .. /	inclus	% d'incapacité de travail : %
Période de reprise de travail autorisée :		Rubrique D1 à compléter par votre mutualité	
Aucune allocation n'a été payée pour la (les) période(s) suivante(s) d'incapacité temporaire : Motif de l'absence d'indemnités (cocher et compléter les rubriques ad hoc)			
<input type="checkbox"/> salaire garanti	au .. / .. /	du .. / .. /	inclus
<input type="checkbox"/> autre, notamment			
	au .. / .. /	du .. / .. /	inclus
(**) En cas de maladie professionnelle , la case E2 ne doit pas être complétée. Une attestation distincte , délivrée par le Fonds des Maladies professionnelles doit être jointe au présent formulaire de demande. Cette attestation doit impérativement mentionner la période d'incapacité de travail.			

Cachet de l'organisme assureur

Date : . / . / .
 Nom du soussigné :
 Signature :