Cachet de l'institution intermédiaire

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

Veuillez 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 – maternité (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 :

FBZ PC314 / FSE CP314
Martelaarslaan 21 bus 501
B-9000 Gent
T 09 224 18 73
F 09 233 42 19
E info@fbz-fse.org

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 ou le congé de maternité, le travailleur/la travailleuse doit êtrelié(e) par un contrat de travail à un employeur ressortissant de la Commission Paritaire de la Coiffure et desSoins 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, 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, 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) Pour les périodes de maladie débutant à partir du 25 septembre 2024, le montant journalier de l'indemnité complémentaire est porté de 5,00 euros à 15,00 euros du 31ème jour au 60ème jour. Pendant les 90 jours suivants, le montant journalier sera de 5,00 euros.
Cette augmentation à 15,00 euros par jour est valable jusqu'au 24 septembre 2026.

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