DEMANDE DE PAIEMENT DES ALLOCATIONS COMPLEMENTAIRES INCAPACITÉ DE TRAVAIL DUE À UNE MALADIE, À UN ACCIDENT OU À UN CONGÉ DE MATERNITÉ

F2

Pour ouvrier(ère) plus jeune que 55 ans

A renvoyer à:

SEFOCAM – FONDS SOCIAL DES ENTREPRISES DE GARAGE (C.P. 112)
Avenue du Marly 15/8 – 1120 BRUXELLES
T. +32 2 761 00 70
e-mail: FBZ-FSE@sefocam.be

A COMPLETER EN MAJUSCULES PAR L'EMPLOYEUR

Nom ou raison sociale de l'employeur .....

Rue ..... n° ..... boîte .....

Code postal ..... Commune .....

N° O.N.S.S. complet: ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋

Tél. ..... / ..... e-mail: ..... @ .....

L'employeur soussigné déclare sur l'honneur que l'ouvrier(ère) a été en congé de maladie (autre que professionnelle), d'accident ininterrompu (autre qu'un accident de travail) **(1)** ou congé de maternité **(2)**

du ..... / ..... / 20..... jusqu'au ..... / ..... / 20....., soit au total ..... jours cicvils

et que le travail a repris à ..... %(*) depuis le ..... / ..... / 20..... (*) (* à remplir uniquement si applicable).

..... / ..... / 20 ..... Signature: Cachet de la firme

....

(1) La rechute d'une même maladie fait partie intégrante de l'incapacité précédente si elle survient dans les 14 premiers jours calendrier qui suivent la fin de cette période d'incapacité
(2) L'indemnité de congé de maternité est valable à partir du 01/01/2026

A COMPLETER EN MAJUSCULES PAR L'OUVRIER(ERE)

Je soussigné(e), nom, prénom .....

Rue ..... n° ..... Boîte .....

Code postal ..... Commune .....

N° de registre national: ⌊ ⌋⌊ ⌋ ⌊ ⌋⌊ ⌋ ⌊ ⌋⌊ ⌋ - ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ - ⌊ ⌋⌊ ⌋

N° de compte IBAN .....

Tél. ouvrier(ère): ..... / ..... e-mail: ..... @ .....

Date : ..... / ..... / 20..... Signature de l'ouvrier(ère)

.....

A COMPLETER EN MAJUSCULES PAR LA MUTUELLE

Nom de la mutuelle .....

Rue ..... n° ..... boîte .....

Code postal ..... Commune .....

Nous attestons que l'ouvrier(ère) susmentionné(e) ..... bénéficie (a bénéficié) des indemnités de l'A.M.I. en cas d'accident, de maladie ou de congé de maternité depuis ..... / ..... / 20..... jusqu'au ..... / ..... / 20.....

à ....., ... / ..... / 20 ..... Signature:

Cachet de la mutuelle .....

REMARQUE : L'ayant-droit et l'organisme de paiement sont priés de vérifier l'exactitude de toutes les mentions, en particulier le numéro de registre national et les dates, et, le cas échéant, d'en demander la rectification suivant la procédure prévue. Vos données à caractère personnel seront enregistrées dans le fichier du fonds social. Les données à caractère personnel que vous transmettez moyennant le présent formulaire, seront traitées par le fonds social des entreprises de garage. Elles seront traitées conformément aux dispositions du Règlement général européen relatif à la Protection des Données (RGPD) du 27 avril 2016. Le fonds social traite les données à caractère personnel exclusivement aux fins auxquelles elles sont collectées, à savoir l'obligation légale de règlement et d'assurance de l'octroi et du versement des indemnités complémentaires aux ouvriers de la CP 112. Les données à caractère personnel seront collectées tant que ces fins le requièrent. Vous bénéficiez d'un droit de regard sur vos données à caractère personnel. Vous bénéficiez du droit d'accès, de consultation et, le cas échéant, de rectification. Dans certains cas et lorsqu'ils sont pleinement justifiés, vous pouvez requérir le droit de suppression de vos données à caractère personnel. Pour exercer ces droits, veuillez prendre contact avec le fonds social.

Formulaire édition 2026