DEMANDE D'INDEMNITE COMPLEMENTAIRE DE CHOMAGE COMPLET

F8

Pour ouvrier(ère) plus jeune que 55 ans

A retourner à :

SEFOCAM - FONDS SOCIAL DES ENTREPRISES DE CARROSSERIE (S.C.P. 149.02)
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'OUVRIER(ERE)

Nom ..... Prénom .....

Rue ..... n° ..... boîte .....

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

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

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

Profession ..... Emploi ❑ Temps plein ❑ Mi-temps

N° de compte IBAN .....

ANCIENNETÉ : j'atteste avoir été occupé(e) pendant 5 ans au moins dans une ou plusieurs entreprises ressortissant à une des commissions paritaires suivantes:

- de l'industrie sidérugique (C.P. 104)
- de la production des métaux non-ferreux (C.P. 105)
- de constructions métallique, mécanique et électrique (C.P. 111)
- des secteurs connexes aux constructions métallique, mécanique et électrique (S.E.P. 149.1, 149.2, 149.3, et 149.4)
- des entreprises de garage (C.P. 112)
- des entreprises de valorisation de matières premières de récupération (S.C.P. 142.1)
- de l'armurerie à main (C.P. 147)

PÉRIODE D'AU MOINS 5 ANS

Nom employeur ..... Rue ..... n° ..... boîte ..... Code postal ..... Commune ..... N° O.N.S.S. ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋ Depuis ..... / ..... / ..... jusqu'au ..... / ..... /	Nom employeur ..... Rue ..... n° ..... boîte ..... Code postal ..... Commune ..... N° O.N.S.S. ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋ Depuis ..... / ..... / ..... jusqu'au ..... / ..... / .....
Nom employeur ..... Rue ..... n° ..... boîte ..... Code postal ..... Commune ..... N° O.N.S.S. ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋ Depuis ..... / ..... / ..... jusqu'au ..... / ..... /	Nom employeur ..... Rue ..... n° ..... boîte ..... Code postal ..... Commune ..... N° O.N.S.S. ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋ Depuis ..... / ..... / ..... jusqu'au ..... / ..... / .....

..... / ..... / 20 .....

Signature de l'ouvrier(ère)
Précédée de la mention "déclaré sincère et véritable"

.....

DOCUMENT A JOINDRE : COPIE FORMULAIRE C4

A COMPLETER EN MAJUSCULES PAR L'EMPLOYEUR

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

rue ..... n°. ..... boîte .....

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

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

L'employeur soussigné déclare sur l'honneur que l'ouvrier(ère) ci-dessous a été mis(e) en chômage pour un motif autre que la faute grave, sur base de l'article 37 de la loi sur les contrats de travail à la date du ..... / ..... / ..... (dernier jour du préavis).

..... / ..... / 20.....

Signature de l'employeur
précédée de la mention "déclaré sincère et véritable"

CARENCE: 15 jours-calendrier

A COMPLETER PAR L'ORGANISME DE PAIEMENT DU CHÔMAGE **A PARTIR DU 16e JOUR CALENDRIER**

Je soussigné, ...

Préposé de l'organisme de paiement .....

Atteste que ..... (nom, prénom)

Rue ..... n° ..... boîte .....

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

À bénéficié des allocations de chômage complet à partir du ..... / ..... / .....

CARENCE: le 15e jour calendrier était le ..... / ..... / .....

..... / ..... / 20.....

Signature du délégué

Cachet de l'organisme

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 carrosserie. 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 SCP 149.02. 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