## DEMANDE D'INDEMNITE COMPLEMENTAIRE D'INCAPACITE DE TRAVAIL

**F**5

Pour ouvrier(ère) à partir de 55 ans

Nº do Dófóronco.	
n de Reference:	

À retourner à:

SEFOCAM - FONDS SOCIAL DES ENTREPRISES COMMERCIALES DU METAL (SCP 149.04) Avenue du Marly 15/8 - 1120 BRUXELLES T. +32 2 761 00 70 e-mail: FBZ-FSE@sefocam.be

À COMPLETER EN	MAJUSCULES PAR L'OUVRIER(ÈRE)		
Nom	Prén	nom	
Code Postal	Commune		
N° de registre nationa			
		/ Tél.:/	
Emploi 🗖 Temps plei	n □ Mi-temps		
N° de compte IBAN			
<ul><li>Condition d'octro</li><li>Je suis en incapa maladies profession</li></ul>	troi des indemnités complémentaire d'incapacité de tr pi : ayant une ancienneté de 20 ans dont 5 ans dans la acité de travail depuis le/// 20/ connelles ou accident de travail) yeur	e secteur ( <b>+ envoyer preuves</b> ) <i>(premier jour de maladie ou d'acci</i>	ident) - (à l'exclusion des
• •			
Code postal N° O.N.S.S. comp	Commune		
	onneur que mes déclarations sont sincères et complèt ons et des organismes chargés de l'application des lo		i aupres des employeurs,
Date :	/ / 20	Signature de l'ouvr	rier(ère)

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 commerciales du métal (SCP 149.04). 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 149.04. 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 d'ur droit de repair 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.

## À COMPLETER EN MAJUSCULES PAR LA MUTUELLE

## PÉRIODE DE CARENS (à remplir à.p.d. 30<sup>ème</sup> jour)

Nom de la mutuelle  Rue  Code postal	n° boîte			
Nous attestons que l'ouvrier(ère) précité(e) bénéficie des indemnités primaires d'incapacité de l'A.M.I. depuis la date				
du / 20 en raison de maladie ou d'accident, à l'exclusion d'incapacité de travail par suite de maladie professionnelle ou accident de travail.				
Le délai de carence de 30 jours a été atteint le / 20				
	Signature:			