AANVRAAG TOT AANVULLENDE VERGOEDING WEGENS ZIEKTE OF ONGEVAL

F2

Voor arbeid(st)ers jonger dan 55 jaar

Om deze aanvullende uitkeringen te ontvangen, moet dit formulier ingevuld teruggezonden worden naar :

SEFOCAM - SOCIAAL FONDS VOOR DE KOETSWERKONDERNEMINGEN (P.S.C. 149.02)
Marlylaan 15/8 – 1120 BRUSSEL
T. +32 2 761 00 70
e-mail: FBZ-FSE@sefocam.be

IN HOOFDLETTERS IN TE VULLEN DOOR DE WERKGEVER

Naam of maatschappelijke benaming van de werkgever .....

Straat ..... nr. ..... bus .....

Postnummer ..... Gemeente .....

Volledig R.S.Z. nr.: ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋

Tel. ..... / ..... e-mail: ..... @ .....

Ondergetekende, werkgever, verklaart op zijn eer dat de hieronder vermelde arbeid(st)er een ononderbroken verlof wegens ziekte (behalve beroepsziekte) of ongeval (behalve arbeidsongeval) genoten heeft **(1)**

van ..... / ..... / 20..... tot ..... / ..... / 20..... hetzij in totaal ..... kalenderdagen

en dat het werk werd hervat sinds ..... / ..... / 20.....(*) aan ..... %(*) (*enkel in te vullen indien van toepassing).

..... / ..... / 20 ..... Handtekening: Stempel van de firma

....

(1) *Het hervallen in dezelfde ziekte wordt beschouwd als deel uitmakend van de vorige ongeschiktheid indien zij zich voordoet binnen de eerste 14 kalenderdagen volgend op het einde van deze periode van ongeschiktheid.*

IN HOOFDLETTERS IN TE VULLEN DOOR DE ARBEID(ST)ER

Ondergetekende, arbeid(st)er: Naam, Voornaam .....

Straat ..... nr. ..... bus .....

Postnummer ..... Gemeente .....

Rijksregisternummer: ⌊ ⌋⌊ ⌋ ⌊ ⌋⌊ ⌋ ⌊ ⌋⌊ ⌋ – ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ – ⌊ ⌋⌊ ⌋

Rekeningnummer IBAN .....

Tel. Arbeid(st)er : ..... / ..... e-mail: ..... @ .....

Datum : ..... / ..... / 20..... Handtekening van de arbeid(st)er

.....

IN HOOFDLETTERS IN TE VULLEN DOOR DE MUTUALITEIT

Naam van de mutualiteit .....

Straat ..... nr. ..... bus .....

Postnummer ..... Gemeente .....

Wij verklaren dat voorgenoemde ..... de ongeschiktheidsuitkering van de Z.I.V. ontvangt (ontvangen heeft) wegens ziekte of ongeval, sedert ..... / ..... / 20..... tot ..... / ..... / 20.....

Te ....., ... / ..... / 20 ..... Handtekening :

Stempel van de mutualiteit

.....

OPMERKING : De rechthebbende en de uitbetalingsinstelling worden verzocht de juistheid van alle vermeldingen, inzonderheid het volledig rijksregisternummer en datums, te verifiëren en desgevallend, volgens de voorziene procedure, te vragen gegevens te wijzigen. Uw persoonsgegevens zullen worden opgenomen in het databestand van het sociaal fonds. De persoonsgegevens die u via dit formulier verstrekt, worden verwerkt door het sociaal fonds voor de koetswerkondernemingen. Zij worden verwerkt conform de bepalingen van de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) van 27 april 2016. Het sociaal fonds verwerkt de persoonsgegevens enkel voor het doeleinde waarvoor ze worden ingezameld,zijnde de wettelijke verplichting tot de regeling en de verzekering van de toekenning en uitkering van de aanvullende vergoedingen aan de arbeiders van het PSC 149.02. De persoonsgegevens worden ingezameld zolang dit hiervoor nodig is. U heeft het recht om inzage te vragen in uw eigen persoonsgegevens. U kunt uw eigen persoonsgegevens opvragen, inkijken en zo nodig laten corrigeren. In bepaalde gevallen en indien daarvoor goede redenen zijn, kunt u vragen om uw persoonsgegevens te wissen. Om deze rechten uit te oefenen, neemt u contact op met het sociaal fonds.