



**FONDS DE SÉCURITÉ D'EXISTENCE
FONDS VOOR BESTAANSZEKERHEID**

Stempel van de bemiddelende instelling

Aanvraagformulier voor tussenkomst van het Sociaal Fonds betreffende de bijkomende vergoeding in geval van langdurige arbeidsongeschiktheid

Gelieve dit formulier terug te zenden naar uw vakbond of indien u niet gesyndiceerd bent, naar het adres v/h Fonds
(Adres: **Martelaarslaan 21 – bus 501 te 9000 Gent**)

ALGEMENE GEGEVENS

Werkgever :
Straat : Nr. : Bus :
Postcode : Gemeente :
RSZ-nr. : ☎ :/.....

Ondergetekende verklaart op eer dat de werknemer/-ster ononderbroken arbeidsongeschikt is/was
wegens (*): ziekte – ongeval – arbeidsongeval – ongeval weg/werk – beroepsziekte – zwangerschap –
bezoek dermatologie (1) (* schrappen wat niet past)

Werknemer/-ster :
Straat : Nr. : Bus :
Postcode : Gemeente :
RijksRegisterNr. :
IBAN : BIC :

Arbeidsregime : arbeider/-ster bediende
 voltijds deeltijds zijnde uren/week

Volledige periode van de arbeidsongeschiktheid :/...../..... tot en met :/...../.....

!!! Gelieve de loonfiche toe te voegen van de eerste maand van de arbeidsongeschiktheid !!!

Datum :/...../.....

Handtekening :

(1) Bij de aanvraag tot terugbetaling van medisch onderzoek bij een dermatoloog, dient men een kopie toe te voegen
v/h medisch attest afgeleverd door de specialist.



FONDS DE SÉCURITÉ D'EXISTENCE
FONDS VOOR BESTAANSZEKERHEID

Stempel van de bemiddelende instelling

MUTUALITEIT

Naam v/d mutualiteit :
Straat : Nr. : Bus :
Postcode : Gemeente :

Ondergetekende mutualiteit verklaart op eer dat de werknemer/-ster de primaire ongeschiktheids-
uitkering van de Z.I.V. ontvangt/ontvangen heeft, van/...../..... tot/...../.....

! Gelieve het attest van de mutualiteit als bijlage mee te sturen !

Datum :/...../.....

Handtekening :

Stempel v/d mutualiteit:

Belangrijk :

Uw gegevens worden door het Fonds op een automatische wijze bewaard en verwerkt met het oog op een eventuele toekenning van voordelen van bestaanszekerheid.

Overeenkomstig de wet tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer heeft u het recht deze gegevens te raadplegen of te verbeteren.

Te vervullen voorwaarden :

- (1) De werknemer/-ster moet, op het ogenblik dat de arbeidsongeschiktheid of de periode van zwangerschapsverlof aanvangt, door een arbeidsovereenkomst verbonden zijn aan een werkgever die ressorteert onder het Paritair Comité voor de Kappers en de Schoonheidszorgen (incl. Fitness) [Paritair Comité 314 met RSZ-kennummers 123 en 223].
- (2) Om recht te kunnen hebben op tegemoetkomingen van het Fonds moet de werknemer/-ster langdurig arbeidsongeschikt zijn (minstens 30 dagen) wegens ziekte of ongeval van gemeen recht, ongeval op weg naar en van het werk, arbeidsongeval, beroepsziekte of wegens zwangerschapsverlof. Voor deze langdurige arbeidsongeschiktheid moet hij/zij een vergoeding krijgen van één van de volgende instellingen (mutualiteit – Kas voor Arbeidsongevallen, verzekeringsmaatschappijen, Fonds voor Beroepsziektes, Fonds voor Arbeidsongevallen, ...).
- (3) De periode waarvoor het Fonds een vergoeding kan toekennen, loopt van dag 31 tot en met dag 150 (de vergoeding wordt toegekend in een 6 dagen/week –stelsel).
- (4) Sectoraal voordeel toegekend voor iedere langdurige arbeidsongeschiktheid ten vroegste begonnen op 01/01/2009. En dit tot max. 3 jaar terug!
- (5) Tussenkost van 20€ in het kader van een consultatie bij de dokter gespecialiseerd in dermatologie.

!!! ONVOLLEDIGE OF NIET-CORRECT INGEVULDE AANVRAGEN WORDEN NIET UITBETAALD !!!