

## DEMANDE DE PAIEMENT D'ALLOCATIONS COMPLEMENTAIRES DE MALADIE OU D'ACCIDENT (SCP 149.01)

### PARTIE 1 : A COMPLETER PAR L'OUVRIER/OUVRIERE

Nom : ..... Prénom : .....

Rue : ..... Nr : ..... BP : .....

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

Numéro de registre national : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ N° de téléphone : .....

E-mail : .....

Je déclare avoir bénéficié d'un congé sans interruption pour cause de maladie (autre que maladie professionnelle) ou accident (autre qu'un accident de travail) à partir du ...../...../..... (premier jour d'incapacité de travail) <sup>(1)</sup>.

Le 1er jour de mon incapacité de travail, j'étais en service au sein d'une entreprise ressortissante de la SCP 149.01.

Nom ou dénomination sociale de l'employeur : .....


N° d'entreprise : ..... N° ONSS : ...../.....

Date d'entrée en service : ...../...../..... Emploi :  Temps plein  Temps partiel

### Le paiement peut être effectué sur le numéro de compte suivant :

IBAN : .....

(1) La rechute d'une même maladie est considérée comme faisant partie intégrante de l'incapacité précédente si elle survient dans les 14 premiers jours calendrier qui suivent la fin de cette période d'incapacité.


|  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| <br>Sign here | Date : ..... / ..... / ..... (jj/mm/aaa) | Signature travailleur :<br>..... |
|--|--|----------------------------------|

### PARTIE 2 : A COMPLETER PAR LA MUTUELLE

Nom de la mutuelle : .....

Nous attestons que l'ouvrier(ère) mentionné(e) ci-dessus bénéficie (a bénéficié) sans interruption des indemnités d'incapacité de l'A.M.I. en cas d'accident ou de maladie depuis le ...../...../..... au ...../...../..... **et joignons un aperçu des indemnités reçues.**

Maladie due à une maladie professionnelle ou à un accident de travail :  OUI  NON

|  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
| <br>Sign here | Date : ..... / ..... / ..... (jj/mm/aaaa) | Cachet de la mutuelle :<br>..... |
| Signature :<br>.....   |   |                                  |

## CONDITIONS CCT

- Vous **travaillez pour un employeur de la SCP 149.01** lors du premier jour d'incapacité de travail ?
- Vous êtes en **incapacité de travail sans interruption pendant plus de 30 jours** en raison d'une maladie ou d'un accident, mais pas en raison d'une maladie professionnelle ou d'un accident ?
- Vous percevez pour ceci **une allocation dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité légale** ?

Dans ce cas, vous avez droit à une indemnité complémentaire en plus de l'allocation de la mutuelle :

- **Maximum 36 mois** par période de maladie si vous avez moins de 55 ans au premier jour d'incapacité de travail.
- **Jusqu'à la pension légale** si vous avez au moins 55 ans au premier jour de l'incapacité de travail.
- **Il n'y a pas de transition d'un système à l'autre.**

## CETTE DEMANDE DOIT ÊTRE ENVOYÉE A VOLTA, AVENUE DU MARLY 15/8, 1120 BRUXELLES OU A [FBZ-FSE@VOLTA-ORG.BE](mailto:FBZ-FSE@VOLTA-ORG.BE)

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 de sécurité d'existence des électriciens (Volta fbz-fse). Elles seront traitées conformément aux dispositions du Règlement général européen relatif à la Protection des Données (RGPD) du 27 avril 2016. Volta fbz-fse 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 149.01. 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 ([privacy@volta-org.be](mailto:privacy@volta-org.be)).