FONDS DE SÉCURITÉ D'EXISTENCE DES FABRICATIONS MÉTALLIQUES
SECRÉTARIAT NATIONAL

FORMULAIRE **FM25WE**

Remplir en lettres majuscules s.v.p.

Formulaire de demande: cotisations patronales spéciales pour le chômage avec complément d'entreprise

Ce formulaire FM25WE doit être envoyé au Secrétariat National du Fonds de Sécurité d'Existence des Fabrications Métalliques, Galerie Ravenstein 27 b7, 1000 Bruxelles, et, ce, au début du chômage.

OUVRIER(E):

N° reg. nat. __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Commune _____

Sexe (*) M | F

EMPLOYEUR:

Nom _____

Adresse _____

Commune _____

N° d'entreprise __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

N° FSEFM __ __ __ __ __

CONCERNANT L'OCCUPATION

L'ouvrier(ère) (**) mentionné(e) ci-dessus a été occupé(e) dans mon entreprise depuis le ____/____/_____ dans un régime à temps plein/partiel (*).
Le préavis a été donné le ____/____/_____, le chômage avec complément d'entreprise commence le ____/____/_____ et le mois de référence en application pour le calcul du chômage avec complément d'entreprise est le mois de ____/20____.
Le salaire brut de ce mois de référence est de € __ __ __ __ , __ __

CONCERNANT LE CHÔMAGE AVEC COMPLÉMENT D'ENTREPRISE

La mise au chômage avec complément d'entreprise a lieu dans le cadre de (indiquer par une croix) :

☐ Régime à partir de 62 ans (CCT n° 17)

☐ Régime à partir de 60 ans avec 40 ans de passe professionnel (CCT CNT)

☐ Régime à partir de 60 ans avec 33 ans de passé professionnel (CCT sectorielle)

☐ Régime à partir de 60 ans avec 35 ans de passé professionnel *(uniquement en cas de métier lourd)* (CCT sectorielle ou d'entreprise)

☐ Régime à partir de 58 ans avec 35 ans de passé professionnel *(uniquement en cas de problèmes physiques graves ou personne handicapée)* (CCT CNT)

☐ Reconnaissance comme entreprise en difficultés ou en restructuration par décision du ___ /___ /_____ pour la durée du __ /__ /_____ jusques et y compris le __ /___ /_____ *(vous joignez toujours une copie de la décision de reconnaissance)*.
L'entreprise a procédé à un licenciement collectif □ non □ oui, annoncé(1) le __ /___ /_____

☐ Accord collectif approuvé le ___ /___ /_____ *(vous joignez toujours une copie de l'accord collectif)*
L'indemnité mensuelle complémentaire totale à laquelle l'intéressé(e) a droit, y compris le montant pris en charge par le FSEFM, s'élève à __ __ __ __ ,__ __ € pour le mois __ /20___ (***)

(1) Annonce = communication aux représentants des travailleurs de l'intention pour procéder au licenciement collectif en application de l'art. 6 de la CCT n° 24 du 02.10.1975

CONCERNANT LES COTISATIONS SPÉCIALES

L'employeur mentionné ci-dessus demande par la présente, en application de l'article 19 septies, que le FSEFM prenne en charge le montant de la cotisation patronale spéciale. En application de l'arrêté royal du 29.03.2010 - M.B. 31.03.2010 - portant exécution du Chapitre 6 du Titre XI de la loi du 27.12.2006 relatif à l'harmonisation des cotisations dues sur les indemnités complémentaires en cas de chômage avec complément d'entreprise.

L'employeur confirme que toutes les données reprises sur le présent formulaire sont identiques à celles du registre du personnel, qu'elles peuvent être vérifiées par les préposés du FSEFM et qu'il s'engage à notifier au FSEFM toute modification de la situation de l'intéressé(e).

Cachet de l'entreprise:

L'employeur reconnaît être responsable de l'exactitude de toutes les données fournies afin que le FSEFM puisse prendre en charge les cotisations.
L'employeur donne entière procuration au FSEFM pour prendre les dispositions administratives nécessaires avec les destinataires des cotisations.

Fait à_____, le _____.

Signature de l'employeur ou de son préposé:

(*) Biffer les mentions inutiles.
(**) Ce formulaire ne doit pas être rempli pour les employé(e)s.
(***) Indiquer le mois le plus recent