

**FONDS SOCIAL ET DE GARANTIE POUR LES OUVRIERS DE  
L'INDUSTRIE ALIMENTAIRE (CP 118)**

**E-Mail:** RCC@synersec.be

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE RECOUVREMENT DE CHÔMAGE  
AVEC COMPLÉMENT D'ENTREPRISE (RCC)**

**I. À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR**

**Veillez remplir tous les champs. Si vous avez des questions, veuillez nous contacter en utilisant les coordonnées en bas de la page.**

**INFORMATIONS SUR L'EMPLOYEUR**

Nom de la firme \_\_\_\_\_  
N° ONSS \_\_\_\_\_  
N° d'entreprise \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ Nr./Boîte \_\_\_\_\_  
Code postale \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_  
Pays \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
N° de téléphone \_\_\_\_\_

**FACTURES DECAVA**

Adresse de facturation  La même/  L'adresse ci-dessous \_\_\_\_\_  
Nom de la firme \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ Nr./Boîte \_\_\_\_\_  
Code postale \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_  
Pays \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Préférences de communication  E-mail /  Poste \_\_\_\_\_  
Langue  Français /  Néerlandais /  Anglais /  Allemand \_\_\_\_\_

**PERSONNE DE CONTACT DE L'EMPLOYEUR**

Prénom \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
N° de téléphone \_\_\_\_\_  
Langue \_\_\_\_\_

# FONDS SOCIAL ET DE GARANTIE POUR LES OUVRIERS DE L'INDUSTRIE ALIMENTAIRE (CP 118)

**E-Mail:** RCC@synersec.be

## INFORMATION D'EMPLOYEE

Prénom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

N° de registre national \_\_\_\_\_

Date d'entrée \_\_\_\_\_

Date de sortie \_\_\_\_\_

Mois de référence <sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Date de début RCC <sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Date de pension \_\_\_\_\_

Régime RCC  
(Sélectionner 1)

- Régime général
- Travail de nuit
- Régime métier lourd
- Régime avec 40 années de passé professionnel
- Régime raisons médicales
- Entreprise en restructuration: de \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_  
à \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_
- Entreprise en difficulté: de \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_  
à \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_
- Différent: \_\_\_\_\_

Régime de travail  Temps plein /  Temps partiel \_\_\_\_\_

Crédit-temps  Oui: \_\_\_\_\_ % avec un régime de travail avant crédit-temps de \_\_\_\_\_ %  
 Non \_\_\_\_\_

Salaire horaire brut sans primes<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

Nombre d'heures/semaine<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

Primes mens.<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

Indemnité compl. Mens. de l'employeur \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Le mois sur lequel le calcul de RCC est fondée.

<sup>2</sup> Attention: éventuellement tenir compte de la période couverte par l'indemnité en compensation du licenciement

<sup>3</sup> Du mois de référence.

<sup>4</sup> La moyenne des primes des 12 derniers mois de travail.

**FONDS SOCIAL ET DE GARANTIE POUR LES OUVRIERS DE  
L'INDUSTRIE ALIMENTAIRE (CP 118)**

**E-Mail:** RCC@synersec.be

**IMPORTANT: DOCUMENTS A JOINDRE**

- **Copie du compte individuel ou des fiches mensuelles de salaire des 12 derniers mois de travail**
- **Copie du formulaire C17.**
- **Copie du formulaire C17 - passé professionnel (pour les dossiers 56 ans avec une carrière de 40ans).**
- **Copie du formulaire C4-RCC.**
- **Copie d'attestation du status d'entreprise si vous avez sélectionné le statut d'entreprise en difficulté ou en restructuration.**

Nous soussignés, déclarons que les renseignements indiqués ci-dessus, sont exacts et complets.

Ils reconnaissent le droit au Fonds Social et de Garantie de l'Industrie Alimentaire d'en vérifier l'exactitude à tout instant.

Fait à \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

Signature du travailleur,

Signature de l'employeur,

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FONDS SOCIAL ET DE GARANTIE POUR LES OUVRIERS DE  
L'INDUSTRIE ALIMENTAIRE (CP 118)**

**E-Mail:** RCC@synersec.be

**II. À COMPLÉTER PAR LE TRAVAILLEUR**

**Veillez remplir tous les champs. Si vous avez des questions, veuillez nous contacter en utilisant les coordonnées en bas de la page**

**ATTENTION: Si les données changent pendant la durée de RCC, veuillez le signaler dès que possible en utilisant les coordonnées au bas de cette page.**

**EMPLOYEE**

Prénom \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_  
N° ONSS \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ Nr./Boîte \_\_\_\_\_  
Code postale \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Pays \_\_\_\_\_  
N° de téléphone \_\_\_\_\_  
Préférences de communication  E-mail /  Poste \_\_\_\_\_  
IBAN-N° de compte bancaire. \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

**DONNÉES POUR LE CALCUL**

Employee handicapé <sup>1</sup>  Oui /  Non \_\_\_\_\_  
Situation familiale  Célibataire /  Cohabitant de fait /  Cohabitant légal /  
 Marié(e) /  Divorcé(e) /  Veuf-Veuve \_\_\_\_\_  
Conjoint handicapé <sup>1</sup>  Oui /  Non \_\_\_\_\_  
Conjoint avec revenus  Oui /  Non \_\_\_\_\_  
Revenus conjoint exclus pensions / rentes  Oui/  Non \_\_\_\_\_ Revenus mensuels net conjoint € \_\_\_\_\_  
Nombre total enfants à charge \_\_\_\_\_ Dont moins-valides<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Nombre personnes à charge moins que 65 ans \_\_\_\_\_ Dont moins-valides <sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Nombre personnes à charge plus que 65 ans \_\_\_\_\_ Dont moins-valides <sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Nombre personnes à charge plus que 65 ans et besoin d'aide \_\_\_\_\_ Dont moins-valides <sup>1</sup> \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Selon les notions concernant l'allègement fiscale. Plus d'information sur [www.financien.belgium.be](http://www.financien.belgium.be).

**FONDS SOCIAL ET DE GARANTIE POUR LES OUVRIERS DE  
L'INDUSTRIE ALIMENTAIRE (CP 118)**

**E-Mail:** RCC@synersec.be

Je déclare que les renseignements indiqués ci-dessus, sont exacts et complets.

Ils reconnaissent le droit au Fonds Social et de Garantie de l'Industrie Alimentaire d'en vérifier l'exactitude à tout instant.

Fait à \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

Signature du travailleur,

\_\_\_\_\_

**FONDS SOCIAL ET DE GARANTIE POUR LES OUVRIERS DE  
L'INDUSTRIE ALIMENTAIRE (CP 118)**

**E-Mail:** RCC@synersec.be

**III. A COMPLETER PAR LE SERVICE DE CHOMAGE**

**CHOMEUR AVEC RCC**

Prénom \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_  
Numero de registre national \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ N°/Boîte \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_  
Pays \_\_\_\_\_  
Code d'allocation de chômage \_\_\_\_\_  
Montant journalier de  
l'allocation de chômage dans le  
mois de référence \_\_\_\_\_  
Nombre d'allocations /  
semaine \_\_\_\_\_  
Compensation du licenciement  Oui /  Non \_\_\_\_\_  
Date de début RCC<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

**PERSONNE DE CONTACT SERVICE DE CHOMAGE**

Prénom \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Numéro de tél \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ N°/Boîte \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_  
Pays \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> En tenant compte avec la période couvert par la compensation du licenciement.

**IMPORTANT! A joindre une photocopie du formulaire C1 .**

Le service de chômage déclare que l'intéressé est inscrit comme chômeur avec RCC

*Cachet du service de chômage*

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Pour le service de chômage,  
Le préposé,  
\_\_\_\_\_  
Signature, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_