

# Demande de déclaration d'inaptitude définitive pour le travail convenu

## EMPLOYEUR

*Veillez remplir tous les champs correctement. Ces informations sont absolument nécessaires pour traiter correctement votre demande. Si des données sont manquantes, nous devons vous recontacter avant de pouvoir traiter la demande.*

**L'employeur soussigné** (nom, prénom et adresse de l'employeur, personne physique ou forme juridique, dénomination et siège de l'entreprise ou de l'organisme) :

**demande au conseiller en prévention-médecin du travail d'engager la procédure spéciale de déclaration d'inaptitude définitive pour le travail convenu pour :**  
**monsieur/madame** (nom et prénom de la personne à examiner)

Date de naissance :        /        /

Numéro NISS :

Adresse : Rue:

Numéro :

Boîte postale :

Code postal :

Commune :

Adresse e-mail (professionnelle) du travailleur concerné :

Adresse e-mail (privée) du travailleur concerné :

GSM/Tél. (professionnel) :

GSM/Tél. (privé) :

Mutuelle affiliée travailleur :

(Collez la vignette ici ou notez le numéro d'affiliation)

Travail convenu actuel :

Date de début de l'incapacité de travail :        /        /

*Il doit s'agir d'une incapacité de travail ininterrompue depuis au moins 9 mois. Cette procédure spéciale ne peut pas être lancée :*

- *si le travailleur a repris le travail pendant cette période d'incapacité, à moins qu'il ne soit à nouveau en incapacité dans les 14 premiers jours de la reprise du travail.*
- *tant qu'un trajet de réintégration est en cours.*

Le conseiller en prévention-médecin du travail convoque le travailleur trois fois à un examen, conformément aux dispositions de l'article I.4-82/1, §2 : si le travailleur ne réagit pas à l'invitation, le conseiller en prévention-médecin du travail en informe l'employeur et il est mis fin à la procédure spéciale.

Nom de l'entreprise :

Nom du responsable du personnel (HRM) :

Fonction de la personne de contact :

Tél. de la personne de contact :

E-mail de la personne de contact :

Nom du supérieur hiérarchique :

Date et signature de l'employeur ou de son représentant :

  /        /

### **Mention pour le travailleur :**

1. En cas de déclaration d'inaptitude définitive pour le travail convenu, vous avez le droit, conformément à la procédure spéciale du livre I<sup>er</sup>, titre 4, chapitre VI, section 3 du code du bien-être au travail, de demander au conseiller en prévention-médecin du travail d'examiner les possibilités de travail adapté ou d'autre travail.
2. Vous pouvez être assisté(e) au cours de cette procédure par un délégué syndical de l'entreprise.

**Cette demande doit être envoyée par courrier recommandé au travailleur, ainsi qu'à notre service clientèle régional.**

#### **Anvers**

Entrepotkaai 15  
2000 ANTWERPEN  
03 218 83 83

#### **Roulers**

Hof ter Weze 1  
8800 ROESELARE  
051 27 29 29

#### **Malines**

St.-Katelijnestraat 154  
2800 MECHELEN  
015 28 00 50

#### **Namur**

Chaussée de Liège 140 - 142  
5100 NAMUR - JAMBES  
081 32 10 40

#### **Charleroi**

Bvd. Tirou 105/107  
6000 CHARLEROI  
071 23 99 11

#### **Hasselt**

Kunstlaan 16  
3500 HASSELT  
011 24 94 70

#### **Turnhout**

Steenweg op Tielen 51  
2300 TURNHOUT  
014 40 02 20

#### **Liège**

Espace Guillemins  
Rue des Guillemins 16/34  
4000 Liège  
042 29 71 91

#### **Louvain**

Interleuvenlaan 58/2  
3001 LEUVEN  
016 39 04 38

#### **Gand**

Grotesteenweg-Noord 9  
9052 GENT - ZWIJNAARDE  
09 264 12 30

#### **Bruxelles**

Esplanade du Heysel 1, boîte 4  
1020 BRUXELLES  
02 237 33 24