

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 devrons 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 6 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^{er}, 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

Charleroi

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

Louvain

Interleuvenlaan 58/2
3001 LEUVEN
016 39 04 38

Roulers

Hof ter Weze 1
8800 ROESELARE
051 27 29 29

Hasselt

Kunstlaan 16
3500 HASSELT
011 24 94 70

Gand

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

Malines

St.-Katelijnestraat 154
2800 MECHELEN
015 28 00 50

Turnhout

Steenweg op Tielen 51
2300 TURNHOUT
014 40 02 20

Bruxelles

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

Namur

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

Liège

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