

**INCAPACITÉ DE TRAVAIL DÉFINITIVE - DEMANDE D'ALLOCATION**Demande de l'allocation d'adaptation pour un employé  
en incapacité de travail définitive**A. Employeur**

Entreprise .....

N° ONSS ..... n° BCE .....

Rue ..... N° ..... Bte .....

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

Personne de contact .....

Fonction .....

Tel ..... E-mail .....

L'employeur déclare que

❖ le contrat de ..... (NOM Prénom employé)

- Date d'entrée en service : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

- Régime de travail : ..... heures/semaine (temps plein = 35 heures/semaine)

❖ a été rompu pour force majeure médicale le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Cachet de l'entreprise

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature de l'employeur

(précédée de la mention "lu et approuvé")

**Documents à joindre**⇒ **Formulaire d'évaluation de réintégration** attestant de l'incapacité de travail définitive⇒ Copie de la **lettre de rupture** ou du **C4** pour force majeure médicale



**C. Déclaration de la mutuelle, de l'ONEM, de la caisse de chômage ou du syndicat**

La mutuelle/l'Onem/la caisse de chômage/le syndicat<sup>2</sup> : .....

représenté(e) par<sup>3</sup> .....

déclare que<sup>4</sup> ..... NN \_ \_ - \_ - \_ - \_

est/a été indemnisé(e)

du<sup>5</sup> \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ - \_ -

au/à<sup>6</sup> \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ - \_ -

ce jour et continue

après la rupture de son contrat pour force majeure médicale (voir date mentionné au point A)

Date: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ - \_ -

Cachet de l'organisme

Signature du responsable

**Dossier complet**

= **Formulaire AO202**

- o partie A **remplie et signée par l'employeur**
- o partie B **remplie et signée par l'employé(e)**
- o partie C **remplie et signée par l'organisme qui verse les allocations après la rupture**

+ **formulaire d'évaluation de ré-intégration**

+ **lettre de rupture ou C4 force majeure médicale**

**à envoyer à**

ou

**[lp@comeos.be](mailto:lp@comeos.be) (pdf)**

**sujet: AO202 Nom Prénom NN**

Laurence Pira - Fonds social 202

Av. E. Van Nieuwenhuyse 8 - 1160 Auderghem

<sup>2</sup> biffez les mentions inutiles

<sup>3</sup> nom, prénom et fonction du signataire

<sup>4</sup> nom et prénom de l'employé(e)

<sup>5</sup> Les indemnités peuvent débuter avant la date de rupture du contrat

<sup>6</sup> Indiquez une date de fin OU cochez "ce jour et continue"