

**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

**B. Employé(e)**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ N° de registre national \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bte \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

est **frontalier/ère** et joint le document 276Front, afin d'être exonéré(e) de précompte professionnel

Tel / GSM \_\_\_\_\_

L'employé(e) souhaite recevoir

- toute correspondance concernant ce dossier en<sup>1</sup>  français  néerlandais
- l'allocation d'adaptation sur le compte

IBAN BE \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
 Signature de l'employé(e)  
 (précédée de la mention  
 "lu et approuvé")



**Astuces pour faciliter/accélérer  
 le traitement de votre dossier**

- envoyez **un seul** mail/courrier avec dossier **complet**  
 = **formulaire AO202** rempli et signé (A&B&C)  
 + **formulaire d'évaluation de réintégration**  
 + **lettre de rupture** ou **C4** pour **force majeure médicale**
- **favorisez l'email** ([lp@comeos.be](mailto:lp@comeos.be)), en joignant un **pdf**  
 (si images: en annexe et vérifiez la lisibilité/netteté)
- indiquez en **sujet** de votre mail (ou tout contact):  
 AO202, vos nom, prénom et registre national
- **ne multipliez pas les emails/appels:**  
 Nous vous envoyons un mail/courrier dès que possible:
  - dossier complet: au début du mois prochain
  - dossier incomplet: dès qu'il est traité

*Les données à caractère personnel vous concernant seront enregistrées dans un traitement permettant au Fonds social des magasins d'alimentation à succursales multiples - Av Edmond Van Nieuwenhuysse 8, 1160 Bruxelles - d'exécuter la convention collective de travail sectorielle. En vertu de la loi du 8 décembre 1992 sur la protection de la vie privée, vous avez le droit d'accéder aux données personnelles vous concernant et de les faire éventuellement corriger.*

<sup>1</sup> Cochez la case correspondante

**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"