

INCAPACITE DE TRAVAIL DEFINITIVE - 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

B. Employé(e)

NOM Prénom

Date de naissance N° de registre national

Etat civil¹ : Nom et prénom du conjoint:

Rue N° Bte

Code postal Commune

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

Tel Gsm

Compte IBAN BE _____ BIC _____

E-mail

➤ souhaite recevoir toute correspondance concernant ce dossier en² français néerlandais

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 Nieuwenhuyse 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.

¹ Choisissez parmi: célibataire, marié(e), cohabitant(e) légal(e), veuf(ve), divorcé(e), séparé(e)

² Cochez la case correspondante

Données du contrat :

- ❖ Date d'entrée en service : __ / __ / ____
- ❖ Régime de travail : heures/semaine (temps plein = 35 heures/semaine)
- ❖ Date de rupture du contrat pour force majeure (incapacité définitive) : __ / __ / ____

Signature de l'employé(e)
(précédée de la mention "lu et approuvé")

Cachet de l'entreprise
et signature de l'employeur
(précédée de la mention "lu et approuvé")

Documents à joindre

- ⇒ **Attestation du médecin du travail relative à l'incapacité de travail définitive**
- ⇒ **Copie du document par lequel il est mis fin au contrat pour force majeure (lettre de rupture, C4)**

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 syndicat³ :
représenté(e) par⁴
déclare que⁵
est/a été indemnisé(e) suite à la rupture de son contrat pour force majeure médicale
du au

Date:

Cachet de l'organisme

Signature du responsable

A renvoyer à:
Laurence Pira
Fonds social 202
Av. Van Nieuwenhuysse 8
1160 Bruxelles

³ biffez les mentions inutiles

⁴ nom, prénom et fonction du signataire

⁵ nom et prénom de l'employé(e)