

INCAPACITÉ DE TRAVAIL DÉFINITIVE - DEMANDE D'ALLOCATION

Demande de l'allocation d'adaptation pour un travailleur
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 travailleur)

- 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. Travailleur

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

Le travailleur souhaite recevoir

➤ toute correspondance concernant ce dossier en¹ français néerlandais

➤ l'allocation d'adaptation sur le compte

IBAN BE ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ BIC ____ - ____ - ____

Date : __ / __ / ____

Signature de le travailleur
(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 AO311** 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), en joignant un **pdf**
(si images: en annexe et vérifiez la lisibilité/netteté)
- indiquez en **sujet** de votre mail (ou tout contact):
AO311, 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.

¹ 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 syndicat² :

représenté(e) par³

déclare que⁴ NN _ _ - - - -

est/a été indemnisé(e)

du⁵ _ _ / _ _ / _ _ - - -

au/à⁶ _ _ / _ _ / _ _ - - -

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 AO311**

- o partie A **remplie et signée par l'employeur**
- o partie B **remplie et signée par le travailleur**
- 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 (pdf)

sujet: AO311 Nom Prénom NN

Laurence Pira - Fonds social 311

Av. E. Van Nieuwenhuyse 8 - 1160 Auderghem

² biffez les mentions inutiles

³ nom, prénom et fonction du signataire

⁴ nom et prénom de le travailleur

⁵ Les indemnités peuvent débuter avant la date de rupture du contrat

⁶ Indiquez une date de fin OU cochez "ce jour et continue"