

**INCAPACITE DE TRAVAIL DEFINITIVE - 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 .....

**B. Travailleur/euse**

NOM ..... Prénom .....

Date de naissance ..... N° de registre national .....

Etat civil<sup>1</sup> : ..... 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 en<sup>2</sup>  français  néerlandais

*Les données à caractère personnel vous concernant seront enregistrées dans un traitement permettant au Fonds social des grandes entreprises de vente au détail - Avenue 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> Choisissez parmi: célibataire, marié(e), cohabitant(e) légal(e), veuf(ve), divorcé(e), séparé(e)

<sup>2</sup> 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 travailleur/euse  
(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 syndicat<sup>3</sup> : .....  
représenté(e) par<sup>4</sup> .....  
déclare que<sup>5</sup> .....  
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 311  
Av. Van Nieuwenhuysse 8  
1160 Bruxelles

<sup>3</sup> biffez les mentions inutiles

<sup>4</sup> nom, prénom et fonction du signataire

<sup>5</sup> nom et prénom du travailleur/euse