OFFICE NATIONAL DE L’EMPLOI



declaration d’aptitude physique

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *cachet dateur op* | **a completer par l’organisme de paiement** | *cachet dateur bc* |
| ❒ première demande  ❒ D.J.I. cc |

***Vous pouvez remplacer vos données d’identification en collant ci-dessous une vignette d'identification de la mutuelle***

**travailleur :** *⎯⎯⎯⎯⎯⎯/⎯⎯⎯-⎯⎯*

NISS (voir au verso de votre carte d’identité) *NOM Prénom*

*adresse*

***Vous complétez vous-même la rubrique i et vous faites, si nécessaire, compléter la RUBRIQUE II par votre mutuelle.***

***Vous remettez ensuite ce formulaire à votre organisme de paiement.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **rubrique i – a completer par le travailleur** | | |
| ❒ Je me suis déclaré spontanément apte au travail le \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  ❒ J’ai été déclaré apte au travail par les instances médicales compétentes dans le cadre de l’assurance maladie-invalidité, le : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  ❒ Je suis d’accord avec cette décision d’aptitude  ❒ Je suis lié par un contrat de travail et j’ai, médicalement, été déclaré **temporairement** inapte à exercer l’emploi convenu.  Un trajet de réintégration a été demandé ou est en cours :  ❒ Oui et je joins le formulaire C27R  ❒ Non et je m’engage à introduire un formulaire C27R en cas de demande ultérieure d’un trajet de réintégration  ❒ Je suis lié par un contrat de travail et j’ai, médicalement, été déclaré **définitivement** inapte à exercer l’emploi convenu. Je joins le formulaire C27R.  ❒ Je ne suis pas d’accord avec cette décision d’aptitude  ❒ Je n’introduis pas de recours  ❒ J’introduis un recours devant le Tribunal du travail de  Comme preuve de mon action en justice, je joins ❒ une copie de ma requête  ❒ une attestation du greffe du Tribunal du travail.  Je m’engage à informer immédiatement l’onem de toute décision judiciaire qui serait rendue dans cette affaire.  ❒ J’étais en repos de maternité et la date présumée de l’accouchement était le : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  ❒ La décision du directeur du bureau du chômage de non-indemnisation suite à l’inaptitude au travail a été annulée par le tribunal.  J’autorise l’onem à procéder au réglement financier visé ci-dessous dans la rubrique II *(dans ce cas, vous faites compléter la rubrique II par votre mutuelle)*  **Je demande le bénéfice :**  ❒ des allocations de chômage complet à partir du : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  ❒ des allocations de chômage temporaire à partir du : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  Entre le jour où je suis devenu à nouveau apte au travail et la date de ma demande d’allocations, je n’ai pas sollicité le bénéfice des allocations de chômage pour les raisons suivantes :      **J’affirme sur l’honneur que cette declaration est sincere et complete.**  *Vos déclarations sont traitées et conservées dans des fichiers informatiques. Vous trouverez de plus amples informations concernant la protection de ces données dans la brochure ONEM relative à la protection de la vie privée. Pour info "assurance chômage", voir également www.onem.be.*  *date signature du travailleur* | | |
| **rubrique iI – a completer par le responsable de la mutuelle** | | |
| Par ❒ jugement du Tribunal du travail ❒ arrêt de la Cour du Travail de notifié le \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  l’intéressé qui avait été considéré comme inapte par le directeur du bureau du chômage à partir du \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ et avait contesté cette  décision, a obtenu gain de cause et a donc été reconnu apte au travail à partir du \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_.  Je demande que l’ONEM verse, à concurrence du montant des allocations de chômage auquel l’intéressé a droit, le montant de EUR,  qu’il a perçu de la mutuelle pour la période du \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ au \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ EB Le versement peut être effectué sur le compte  avec la mention  **J’affirme sur l’honneur que cette declaration est sincere et complete.**  n-b_basic op 14percent*date signature et fonction du responsable cachet de la mutuelle* | | |
| Version 20.09.2018/830.10.060 | **formulaire c6** |