

Déclaration relative à l'indemnisation en chômage temporaire pour force majeure médicale dans le cadre d'un trajet de réintégration

À quoi sert ce formulaire ?

Lorsque vous êtes considéré comme apte au travail sur le marché général du travail par le médecin conseil de la mutuelle mais qu'un certificat du médecin du travail (formulaire d'évaluation de la santé ou formulaire d'évaluation de réintégration) indique que vous êtes temporairement ou définitivement inapte à exercer votre fonction actuelle chez votre employeur et comporte des recommandations en vue d'un travail adapté ou d'un autre travail, vous pouvez, sous certaines conditions et dans certains cas, avoir droit aux allocations de chômage temporaire pour force majeure médicale.

Vous devez communiquer certaines informations à l'ONEM au moyen de ce formulaire.

En outre, vous vous engagez à communiquer à l'ONEM (*p. ex. par le biais du formulaire de contact disponible sur le site web de l'ONEM*) ou à votre organisme de paiement toute nouvelle information relative à votre dossier, et ce, **le plus rapidement possible et au plus tard dans les 15 jours calendrier**.

Par exemple : votre acceptation ou refus du plan de réintégration, le non-établissement d'un plan par votre employeur, toute nouvelle décision du médecin du travail, le fait que vous introduisiez un recours contre la décision du médecin du travail,...

Si vous ne transmettez pas cette information en temps opportun, vous pouvez être exclu du bénéfice des allocations.

Avez-vous besoin d'informations complémentaires ?

Si vous souhaitez plus d'informations :

- contactez votre organisme de paiement (FGTB, CGSLB, CSC ou CAPAC);
- lisez les feuilles info concernant le chômage temporaire.

Ces feuilles info sont disponibles auprès de votre organisme de paiement ou du bureau de chômage de l'ONEM ou peuvent être téléchargées du site internet www.onem.be dans la rubrique 'Chômage temporaire'.

Que devez-vous faire de ce formulaire ?

Vous complétez ce formulaire et le remettez, à votre organisme de paiement (FGTB, CGSLB, CSC ou CAPAC).

Et ensuite ?

L'organisme de paiement transmet ce formulaire à l'ONEM, accompagné du formulaire C6 au moyen duquel vous demandez des allocations de chômage temporaire pour force majeure médicale, et vous tiendra au courant du traitement de votre demande.



Déclaration relative à l'indemnisation en chômage temporaire pour force majeure médicale dans le cadre d'un trajet de réintégration

Articles I.4-72 à I.4-82 du code du bien-être au travail modifié par l'AR du 17.12.2025 modifiant le code du bien-être au travail concernant le trajet de réintégration pour les travailleurs en incapacité de travail (MB 30.12.2025)

Les données sont traitées et conservées dans des fichiers informatiques. Vous trouverez des informations concernant la protection des données dans la brochure ONEM relative à la protection de la vie privée.

cachet dateur du BC

Mon identité

NOM et Prénom

Votre numéro NISS se trouve sur votre carte d'identité

N° registre national (NISS) ____ / ____ - ____

Les données 'téléphone' et 'e-mail' sont facultatives.

Téléphone :

E-mail :

Ma déclaration

Cochez la case applicable à votre situation.

- ☐ J'ai / Mon employeur a introduit une demande de trajet de réintégration en date du ____ / ____ / ____ auprès du médecin du travail.
- Je joins la preuve de l'introduction de la demande.
- ☐ À trois reprises, je n'ai pas donné suite aux invitations du conseiller en prévention-médecin du travail qui a reçu une demande de trajet de réintégration.
- ☐ J'introduis une copie du formulaire d'évaluation de réintégration avec la décision du médecin du travail.
- ☐ J'introduis une copie du formulaire d'évaluation de la santé qui comporte la décision du médecin du travail déclarant que je suis temporairement ou définitivement inapte à exercer le travail convenu chez mon employeur, ainsi que des recommandations en vue d'un travail adapté ou d'un autre travail.
- La procédure qui s'applique est la même que pour un trajet de réintégration.
- ☐ J'ai été déclaré inapte à l'exercice de l'emploi convenu chez mon employeur par le médecin du travail.
- Je ne suis pas d'accord avec cette décision et j'ai introduit un recours en date du ____ / ____ / ____ contre cette décision du médecin du travail
- Je joins une copie :
- du formulaire par lequel j'ai introduit un recours contre la décision du médecin du travail ;
 - de la décision du médecin du travail (formulaire d'évaluation de réintégration ou formulaire d'évaluation de santé).
- Je m'engage à communiquer immédiatement le résultat du recours à l'ONEM ou à mon organisme de paiement.

Signature

Je m'engage à communiquer à l'ONEM ou à mon organisme de paiement toute nouvelle information relative à la suite réservée à mon dossier, et ce, **le plus rapidement possible et au plus tard dans les 15 jours calendrier** qui suivent la date à laquelle j'ai reçu les informations.

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

Date : ____ / ____ / ____

Signature