

Déclaration relative à l'indemnisation en chômage temporaire pour force majeure médicale dans le cadre de la procédure spécifique « fin du contrat de travail pour force majeure médicale » (article 34 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail et article I.4-82/1 du Livre Ier, Titre 4 du code du bien-être au travail)

Pourquoi ce formulaire ?

Lorsque vous êtes considéré comme apte au travail sur le marché général du travail par le médecin conseil de la mutuelle mais que vous êtes encore inapte à exercer votre fonction actuelle chez votre employeur, vous pouvez, dans le cadre de la procédure spécifique « fin du contrat de travail pour force majeure médicale », avoir droit aux allocations de chômage temporaire aux conditions suivantes :

- vous êtes en incapacité de travail pendant au moins 9 mois ininterrompus et
- aucun trajet de réintégration n'est en cours.

Vous devez communiquer certaines informations à l'ONEM au moyen de ce formulaire. En outre, vous vous engagez à communiquer à l'ONEM¹ ou à votre organisme de paiement toute nouvelle information relative à la suite réservée à la procédure spécifique « fin du contrat de travail pour force majeure médicale », et ce, **le plus rapidement possible et au plus tard dans les 15 jours calendrier**.

Par exemple :

- la décision du médecin du travail vous déclarant définitivement inapte à exercer la fonction convenue,
- le fait que vous introduisez un recours contre cette décision,
- si vous avez ou non demandé que soient examinées les possibilités d'effectuer un travail adapté ou un autre travail,
- votre acceptation ou refus du plan de réintégration proposé par votre employeur, le non-établissement d'un plan par l'employeur,
- ...

Avez-vous besoin d'informations complémentaires ?

Si vous souhaitez plus d'informations :

- contactez votre organisme de paiement (CAPAC, CGSLB, CSC ou FGTB);
- 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 (CAPAC, CGSLB, CSC ou FGTB).

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.

¹ Cela peut par exemple se faire par le biais du formulaire de contact disponible sur le site web de l'ONEM.

Mon identité

NOM et Prénom

Votre numéro NISS se trouve sur votre carte d'identité

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

Ma déclaration

Cochez la case applicable à votre situation.

- ☐ J'ai introduit ☐ Mon employeur a introduit une notification par lettre recommandée en date du ____ / ____ / ____ auprès du médecin du travail afin de déterminer s'il m'est définitivement impossible d'effectuer le travail convenu. Je joins une copie de la preuve de cette notification.
- ☐ Je n'ai pas répondu aux 3 convocations du médecin du travail.
- ☐ J'ai été déclaré définitivement inapte à reprendre le travail convenu chez mon employeur par le médecin du travail le ____ / ____ / ____
Je joins une copie du formulaire d'évaluation du médecin du travail.
- ☐ Je ne suis pas d'accord et j'ai introduit un recours contre cette décision en date du ____ / ____ / ____.
Dès qu'une décision sera prise, je m'engage à communiquer le résultat du recours à l'ONEM ou à mon organisme de paiement
- ☐ J'ai demandé que soient examinées les possibilités d'effectuer un travail adapté ou un autre travail auprès de mon employeur
- ☐ Le médecin du travail a constaté que je ne suis pas définitivement inapte à exercer la fonction convenue.
Je joins une copie du formulaire d'évaluation du médecin du travail.

Signature

Vos déclarations sont conservées dans des fichiers informatiques. Vous trouverez de plus amples informations concernant la protection de ces données dans la brochure relative à la protection de la vie privée disponible à l'ONEM.
Plus d'infos sur www.onem.be

Je m'engage à communiquer à l'ONEM ou mon organisme de paiement, toute nouvelle information relative à la suite réservée à la procédure spécifique « fin du contrat de travail pour force majeure médicale », 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