

cachet dateur OP

cachet dateur BC

TRAVAILLEUR : _____ / _____ - _____
NISS (voir carte d'identité) NOM Prénom

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, à partir du.¹
____ / ____ / _____
- Je suis d'accord avec cette décision d'aptitude
- Je suis lié par un contrat de travail et j'ai 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 C27-RÉINTÉGRATION
 - Non et je m'engage à introduire un formulaire C27-RÉINTÉGRATION en cas de demande ultérieure d'un trajet de réintégration
 - Je suis lié par un contrat de travail et j'ai été déclaré **définitivement** inapte à exercer l'emploi convenu. Je joins le formulaire C27-RÉINTÉGRATION.
 - Je suis lié par un contrat de travail et la procédure spécifique 'fin du contrat de travail pour force majeure médicale' a démarré.
Je joins le formulaire C27-FIN CONTRAT DE TRAVAIL.
- 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.
Je déclare par la présente renoncer aux allocations que j'ai reçues par le biais de l'assurance maladie-invalidité si l'ONEM rembourse le montant des allocations de maladie que j'ai reçues à la compagnie d'assurance, et ce, à concurrence du montant des allocations que l'ONEM me doit.

Je demande

- 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 LA PRÉSENTE 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

¹ Indiquez la date à partir de laquelle vous avez été déclaré apte au travail par les instances médicales compétentes. Cette date ne correspond pas nécessairement à la date de l'examen médical.

Complétez également cette case si votre demande d'allocations de maladie a été refusée parce que les instances médicales compétentes ne vous considèrent pas comme inapte au travail au sens de l'assurance maladie-invalidité (par exemple, dans le cadre d'une surveillance périodique de santé)