

NOTIFICATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL DÉFINITIVE

(art. 1.4-82/1 du code sur le bien-être au travail et art. 34 de la Loi sur les contrats de travail)

Demande de notification de l'incapacité définitive (*) :

- Travailleur ou médecin traitant
 Employeur

À envoyer par courrier recommandé à l'autre partie (travailleur ou employeur) et au médecin du travail de l'entreprise (CLB EDPB).

Le collaborateur sera convoqué à un examen au plus tôt 10 jours calendaires après la réception de la notification.
 Le travailleur a le droit de demander au médecin de travail conseiller en prévention d'examiner les possibilités de travail adapté ou différent.
 Le travailleur a le droit de se faire assister par la délégation syndicale de l'entreprise.

*Cocher si applicable

Coordonnées du travailleur
 (Coordonnées de la personne à examiner)

NOM : _____

PRÉNOM : _____

RUE : _____

CODE POSTAL : _____ COMMUNE : _____

GSM : _____ / _____ TÉLÉPHONE : _____ / _____

E-MAIL : _____ @ _____

DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____

NUMERO DE REGISTRE NATIONAL _____

MUTUELLE (numéro) : _____ Ou vignette de mutuelle :

MÉDECIN TRAITANT (à contacter pour consultation)

Dr. _____ TÉLÉPHONE : _____ / _____

FONCTION ACTUELLE (travail convenu) : _____

INCAPACITÉ DE TRAVAIL DEPUIS LE _____ / _____ / _____

MUTUALITEIT **XXX**

(verbondsnummer)

Familienaam Voornaam

Straat, nummer

Postcode Woonplaats (RRnumber of INSZ number)

XXX / XXX XXXXXX XXX XX

Coordonnées de l'employeur
 (Nom, prénom et adresse de l'employeur, personne physique ou forme juridique, nom et siège social de la société ou de l'institution)

NOM DE L'ENTREPRISE : _____

RUE : _____

CODE POSTAL : _____ COMMUNE : _____

NUMÉRO D'ENTREPRISE : _____

PERSONNE DE CONTACT pour le médecin du travail : _____

FONCTION de la personne de contact : _____

GSM : _____ / _____ TÉLÉPHONE : _____ / _____

E-MAIL : _____ @ _____

DATE et SIGNATURE du demandant : employeur/travailleur (biffez la mention inutile)

_____ / _____ / _____