

# INCAPACITE DE TRAVAIL DE LONGUE DUREE

**MALADIE ORDINAIRE – ACCIDENT DE DROIT COMMUN – ACCIDENT DU TRAVAIL ET DU CHEMIN DU TRAVAIL (CAS GRAVES – NON MORTELS) - MALADIE PROFESSIONNELLE**

Organisation syndicale



## FORMULAIRE DE DEMANDE / PROLONGATION

Constructiv reçu le

### A A COMPLETER PAR L'OUVRIER (EN MAJUSCULES)

Nom: ..... Prénom: .....

Rue: ..... N°: ..... Bte:.....

Code postal: ..... Commune: ..... Pays: .....

Numéro d'Identification à la Sécurité Sociale( N.I.S.S.)

										-			-					
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--

déclare être en incapacité de travail

au moins 30 jours calendrier pour cause de maladie, d'accident de droit commun, accident du travail ou maladie professionnelle et recevoir une indemnité de la mutualité, l'assurance ou du FEDRIS.

Date: ..... / ..... / 20.....

Signature ouvrier

.....

*En remplissant ce document, je donne l'autorisation à Constructiv et aux organismes autorisés qui collaborent à l'exécution de ses missions légales, de traiter mes données à caractère personnel pour gérer mon dossier. Pour toute information concernant le traitement de mes données, je peux consulter [www.constructiv.be](http://www.constructiv.be) OU envoyer un mail à [privacy@constructiv.be](mailto:privacy@constructiv.be).*

### B A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur: .....

Numéro d'immatriculation à l' O.N.S.S.: ...../.....

Statut: ouvrier / apprenti / autre: .....(cocher ce qui convient)

Date d'entrée en service : ..... / ..... / 20.....

Date de début de l'incapacité de travail /de l'accident (\*) : ..... / ..... / 20.....

Le salaire garanti a été payé pour la période du: ..... / ..... / 20..... au ..... / ..... / 20.....

Si le contrat de travail a pris fin. Date de la fin de service : ..... / ..... / 20.....

(\*) Nom de l'organisme assureur: .....

Numéro d'affiliation de l'employeur: .....

Date: ..... / ..... / 20.....

Cachet/Signature  
de l'entreprise

**C A COMPLETER PAR LA MUTUALITE / L'ORGANISME ASSUREUR / FEDRIS**

Le soussigné déclare par la présente que l'ouvrier mentionné sur le recto de ce formulaire de demande

**a reçu une indemnité pour une période ininterrompue d'incapacité de travail primaire**

du ..... / ..... / 20.....	au ..... / ..... / 20.....	.....% *
du ..... / ..... / 20.....	au ..... / ..... / 20.....	.....% *
du ..... / ..... / 20.....	au ..... / ..... / 20.....	.....% *

**\* veuillez indiquer le % d'incapacité de travail**

Période de reprise de travail autorisée: ..... / ..... / 20.....

Période de reprise partielle du travail(\*): ..... / ..... / 20.....

(\* ) veuillez joindre un certificat avec la permission du médecin-conseil de la mutualité

**n'a pas reçu d'indemnité pour la (les) période(s) suivante(s) d'incapacité de travail primaire** (cocher et compléter ce qui convient)

- Salaire garanti** en cas d'un accident du travail en cas de rechute après une reprise de travail.

du ..... / ..... / 20.....	au ..... / ..... / 20.....
du ..... / ..... / 20.....	au ..... / ..... / 20.....
du ..... / ..... / 20.....	au ..... / ..... / 20.....

- Congé**

du ..... / ..... / 20.....	au ..... / ..... / 20.....
----------------------------	----------------------------

- Reprise totale ou partielle du travail sans accord préalable**

du ..... / ..... / 20.....	au ..... / ..... / 20.....
----------------------------	----------------------------

- Sanction, pour cause de** .....
- Indemnité de rupture:

du ..... / ..... / 20.....	au ..... / ..... / 20.....
----------------------------	----------------------------

- Période non remboursable, notamment:**.....

du ..... / ..... / 20.....	au..... / ..... / 20.....
----------------------------	---------------------------

Date: ..... / ..... / 20.....

Cachet  
Mutualité/Organisme assureur/FEDRIS

Signature du préposé

.....

