



FEDRIS

Dossier d'introduction d'une demande dans le cadre de la CCT n° 177 du 21 octobre 2025 visant la reconnaissance comme travailleur ayant des problèmes physiques graves pour l'application du chômage avec complément d'entreprise

Les 2 parties de ce formulaire doivent être complétées et renvoyées à FEDRIS - Avenue de l'Astronomie 1 - 1210 Bruxelles.

Pour toutes questions ou informations complémentaires :

☎ Département Expertise médicale 02 272 20 30

✉ cao-cct@fedris.be

💻 <https://www.fedris.be/fr/chomage-avec-complement-dentreprise>

Attention : si vous êtes déjà bénéficiaire du régime de chômage avec complément d'entreprise (« pré pension »), pensionné, au chômage complet ou en invalidité complète, vous n'êtes pas dans les conditions pour bénéficier de la CCT 177.

La convention collective de travail du 21/10/2025 vise à octroyer une indemnité complémentaire dans le cadre du chômage avec complément d'entreprise aux travailleurs licenciés âgés d'au moins 58 ans au moment de la fin de leur contrat et pouvant attester d'une ancienneté d'au moins 35 ans, à condition qu'ils bénéficient du statut de travailleur moins valide ou souffrant de problèmes physiques graves.

Selon cette CCT, pour pouvoir en bénéficier, 3 conditions doivent être remplies **simultanément** :

- Vous devez être atteints de **problèmes physiques graves**. Les problèmes de santé qui ne sont pas des problèmes physiques ne peuvent pas être pris en considération (dépression, problèmes de santé mentale, burnout, fatigue chronique....) ;
- Ces problèmes sont **totalement ou partiellement imputables** à votre activité professionnelle en cours ou à une activité professionnelle que vous avez exercé précédemment ;
- Ces problèmes entravent **significativement** la poursuite de l'exercice de votre métier.

Les demandes sont d'abord examinées par une commission d'experts médicaux internes à Fedris. Celle-ci émet un avis motivé à l'attention du Comité médico-technique dans sa composition métiers lourds qui prend alors la décision d'accepter ou de refuser votre demande.

Ce Comité est composé paritairement, c'est-à-dire qu'y siègent des représentants des employeurs et des travailleurs.

Pour introduire valablement une demande, vous devez nous faire parvenir tous les documents suivants :

- ☐ Le formulaire C17 - PASSE PROFESSIONNEL - MOINS VALIDE OU PROBLEMES PHYSIQUES - REPONSE mis à votre disposition par votre organisme de paiement,
- ☐ Le présent formulaire : :
 - la **partie I** doit être complétée par vous - vous pouvez vous faire aider par le médecin du travail, le conseiller en prévention....
 - la **partie II** doit être complétée par un médecin. **Il est vivement conseillé de faire appel au médecin du travail car ce dernier est le mieux placé pour vous aider à fournir les éléments nécessaires à la reconnaissance de votre demande.** Si vous ne savez pas qui est votre médecin du travail, n'hésitez pas à le demander à votre employeur, le conseiller en prévention, vos collègues, votre syndicat....
- ☐ Tous les documents (médicaux) qui étayent le problème physique. Par exemples, des rapports médicaux des spécialistes ou du médecin généraliste, des rapports d'hospitalisation, RX standard ou CT-scan, épreuve de la fonction respiratoire, des résultats de laboratoire, EMG,...
Les images médicales qui ont été réalisées numériquement (CT, IRM, RC) doivent être transmises sur support électronique (cd-rom) (format dicom).
- ☐ **Si vous êtes actuellement en incapacité de travail à charge de la mutuelle**, une attestation de votre mutuelle indiquant la date de début de votre incapacité.
- ☐ **Si vous avez été autorisé par le médecin conseil de votre mutuelle à reprendre un travail adapté**, une attestation de votre mutuelle indiquant la date de début et la nature, le volume et les conditions d'exercice de votre travail.

Nous attirons votre attention sur le fait que TOUS ces documents sont nécessaires à l'examen de votre demande et tant que nous ne sommes pas en en leur possession, nous ne pourrons pas commencer à l'examiner.




C177/1F - Demande de reconnaissance comme travailleur ayant des problèmes physiques graves pour l'application du chômage avec complément d'entreprise. CCT 177 du 21/10/2025

Partie I - A COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR

(Il vous est conseillé de remplir ce formulaire, de préférence, avec l'aide du médecin du travail.)
(À compléter de préférence en lettres majuscules s.v.p. afin que cela soit bien lisible.)

- Chaque fois que vous devez remplir vous-même, vous trouverez l'icône 

- Chaque fois que le médecin du travail (ou médecin traitant) intervient c'est l'icône 

1. Identité du demandeur



À compléter par le travailleur

Número du registre national	<input type="text"/>	< voir verso de la carte d'identité
Nom	<input type="text"/>	< pour les femmes: nom de jeune fille
Prénom	<input type="text"/>	< prénom officiel
Date de naissance	<input type="text"/>	< jour/mois/année
E-mail	<input type="text"/>	
Téléphone / GSM	<input type="text"/>	< accessible entre 9 et 17 heures
Rue, numéro et boîte	<input type="text"/>	
Code postal et commune	<input type="text"/>	
Langue	<input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> néerlandais <input type="checkbox"/> allemand	

2. Informations quant à la profession actuelle



Votre employeur actuel

Date de début d'occupation	Nom, adresse, n° de téléphone ou adresse email de l'employeur et/ou de la personne responsable du service du personnel
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quel est votre régime de travail (100%, 50%.....) :

Travaillez-vous à pause ?

NON ☐ OUI ☐

Effectuez-vous un travail adapté (cochez la case) :

NON ☐ OUI ☐

Si vous effectuez un travail adapté :	
depuis quand ?	<input type="text"/>
est-ce que ce travail adapté est définitif ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
en quoi ce travail est-il adapté ?	<input type="checkbox"/> temps partiel <input type="checkbox"/> suppression du travail à pause <input type="checkbox"/> autre travail

est-ce que vous exercez ce travail adapté en raison des problèmes physiques graves qui justifient votre demande ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
est-ce une reprise du travail avec l'accord du médecin conseil de la mutuelle ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>



Description détaillée de vos activités professionnelles actuelles

Expliquez, avec vos propres mots, en quoi consiste exactement votre travail en précisant, pour chaque type d'activité, les mouvements que vous devez effectuer, pendant combien de temps (combien de minutes ou d'heures par jour presté), à quelle fréquence (combien de fois par heure ou par jour ou par semaine, en alternance ...à préciser en fonction du type d'activité), ...

Essayez d'avoir une description la plus précise possible de votre profession actuelle.

Par exemple : en cas de port de charges lourdes : quel est le poids estimé de ces charges et combien de fois par heure/jour/semaine (à adapter en fonction de l'activité), devez-vous les porter ?

Vous pouvez vous faire aider par le médecin du travail.



Employeur(s) chez qui vous avez probablement rencontré le problème physique grave qui entrave significativement la poursuite de l'exercice de votre métier

Période d'occupation		Nom et adresse de l'employeur	Nature du travail (courte description de vos activités)
Date de début	Date de fin		

3. Accidents du travail et maladies professionnelles reconnus



À compléter de préférence par le médecin du travail ou à défaut par le travailleur

3.1 Accidents du travail:

Avez-vous été victime d'un accident du travail reconnu ?

OUI ☐- NON ☐

Cet accident a-t-il une influence sur le problème physique à la base de votre demande ?

OUI ☐- NON ☐

Si oui veuillez :

- SOIT joindre l'accord indemnité ou le rapport de consolidation avec le libellé des séquelles pour chaque accident ;
- SOIT remplir le cadre ci-dessous avec les informations en votre possession.

	1 ^{er} accident	2 ^e accident	3 ^e accident
Date de l'accident			
Compagnie d'assurances (qui a pris l'accident en charge) : - nom de la compagnie : - numéro du dossier :			
Description des lésions encourues			
Date d'un éventuel jugement du tribunal du travail			
Date de consolidation			
% d'incapacité permanente actuel			
Description des séquelles à la consolidation			
Date d'aggravation éventuelle reconnue par l'assureur			
Description de l'atteinte motivant l'aggravation/l'augmentation de l'incapacité permanente attribuée			

3.2 Maladies professionnelles

Avez-vous une maladie professionnelle reconnue?

OUI ☐ - NON ☐

Cette maladie a-t-elle une influence sur le problème physique à la base de votre demande ?

OUI ☐ - NON ☐

Si oui, veuillez compléter le tableau ci-dessous avec les informations en votre possession.

	1 ^{ère} maladie professionnelle	2 ^{ème} maladie professionnelle	3 ^{ème} maladie professionnelle
Date de reconnaissance de la maladie			
Par Fedris: - numéro de dossier (si possible)			
Par une autre institution: - nom de l'institution: - numéro de dossier :			
Description précise du diagnostic et de la localisation de la maladie professionnelle reconnue			

IMPORTANT

Afin de nous permettre de traiter votre demande au plus vite, nous vous demandons d'autoriser les médecins de Fedris à prendre connaissance de vos données médicales dans les dossiers concernant vos accidents du travail et/ou maladies professionnelles.

Si vous donnez votre autorisation, veuillez cocher cette case : ☐

Date : ../../20..

Signature du demandeur :

Par votre signature, vous autorisez le médecin du travail et/ou le médecin traitant qui complètera la partie II du formulaire à communiquer les données médicales relatives à cette demande aux médecins de Fedris.



Demande de reconnaissance comme travailleur ayant des problèmes physiques graves pour l'application du chômage avec complément d'entreprise. CCT 177 du 21/10/2025

Partie II - A COMPLÉTER PAR UN MÉDECIN

(Il vous est conseillé de remplir ce formulaire, de préférence, avec l'aide du médecin du travail.)

(À compléter de préférence en lettres majuscules s.v.p. afin que cela soit bien lisible.)

1. Problème physique grave du demandeur



À partir d'ici, à compléter de préférence par le médecin du travail ou à défaut par le médecin traitant.

Description du problème physique grave (et pas psychologique ou mental) qui empêche le travailleur/votre patient de poursuivre l'exercice de son travail actuel.	
Diagnostic de l'atteinte à la base du problème physique grave (et localisation si nécessaire)	
Histoire chronologique du problème et de l'atteinte physique (affection ou les lésions) avec date du début, mise au point, traitements instaurés, évolution. Veuillez décrire l'évolution de ces problèmes physiques, tant au point de vue médical que sur le plan socio-économique, jusqu'à ce jour.	
Hospitalisations récentes (mentionnez les dates)	
Plaintes actuelles	
Constatations lors de l'examen clinique actuel	
Traitements actuels	

2. Relation avec l'activité professionnelle



À compléter de préférence par le médecin du travail ou à défaut par le médecin traitant

Les problèmes physiques graves du demandeur ont-ils été occasionnés intégralement ou partiellement par ses activités professionnelles actuelles ou passées ? Comment les problèmes physiques interfèrent-ils avec le travail de votre patient ?

<p>Votre patient est-il actuellement en incapacité de travail</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p> <p>si OUI, depuis quand ?</p> <p>Pour quel motif ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>La durée de travail de votre patient a-t-elle été diminuée par rapport à la durée du contrat de travail et ce, pour des raisons médicales ?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p> <p>si OUI, depuis quand ?</p> <p>Si c'était pour une/des période(s) limitée(s) du/..../..... au/..../.....</p> <p>Merci de préciser la raison médicale précise avec indication du diagnostic</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>L'exercice de l'activité de votre patient a-t-il dû être adapté ? Changement d'horaire, d'activité, travail adapté, aide des collègues, aide technique/technologique</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p> <p>Si OUI, le médecin du travail est-il intervenu : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p> <p>Depuis quelle date :</p> <p>Description de l'adaptation</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Raison de l'adaptation :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>L'exercice de l'activité constitue-t-il actuellement un problème pour la sécurité de votre patient ou celle de ses collègues ?</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p> <p>si OUI, décrivez en quoi</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Alors que votre patient a pu travailler jusqu'au moment de cette demande, qu'est-ce qui a changé récemment dans son état fonctionnel qui entraverait désormais, selon vous, la poursuite de son travail ?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

3. Difficultés significatives dans l'exercice futur de la profession



À compléter de préférence par le médecin du travail ou à défaut par le médecin traitant

Veuillez préciser si les problèmes physiques graves de votre patient entravent significativement la poursuite de l'exercice de son métier? Le concept de gravité n'est pas fonction d'un taux déterminé d'incapacité de travail. En d'autres termes, comment la poursuite des activités professionnelles actuelles influence-t-elle le(s) problème(s) physique(s) invoqué(s) ? Y a-t-il une aggravation du problème lorsque votre patient travaille ? Est-ce que le problème tend à diminuer lorsqu'il est au repos ?

4. Documents médicaux



Joignez tous les documents médicaux qui étayent le problème physique : un rapport médical du médecin généraliste et/ou spécialiste, rapport d'hospitalisation, RX standard ou CT-scan, épreuve de la fonction respiratoire, résultats de laboratoire, EMG, ...

Les images médicales qui ont été réalisées numériquement (CT, IRM, RC) doivent être transmises sur support électronique (cd-rom), (format dicom).

5. Identité du médecin qui a complété ce formulaire



Nom		Cachet
Adresse		
Téléphone		
Fax		
E-mail		

Je confirme que la déclaration ci-dessus est complète et véritable. Je suis disposé(e) à fournir des données complémentaires sur demande d'un médecin de Fedris.

Date : ../../20..

Signature du médecin :

Protection de vos données personnelles¹

En vertu du Règlement général de protection des données (RGPD) de l'Union européenne², nous vous informons des raisons pour lesquelles Fedris utilise vos données personnelles et des droits que vous pouvez faire valoir par rapport à ces données.

Dans quels buts traitons-nous vos données ?

Nous avons besoin de vos données pour exécuter nos missions légales relatives aux risques professionnels dans le cadre de la sécurité sociale³. Par exemple :

- donner suite à votre demande et traiter votre dossier
- vous communiquer une décision de notre organisme
- calculer et payer une indemnité à laquelle vous avez droit
- rembourser vos soins de santé
- contrôler les entreprises d'assurances et les employeurs en matière de risques professionnels
- réaliser des études scientifiques et statistiques à des fins de prévention

Combien de temps conservons-nous vos données ?

Vos données seront conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution des traitements ci-dessus et/ou pendant la durée requise en tant que preuve légale, avec un maximum de 30 ans après votre décès.

À qui vos données sont-elles éventuellement communiquées ?

Nous sommes susceptibles de transmettre tout ou une partie de vos données aux personnes et institutions avec lesquelles Fedris collabore. Il s'agit principalement des destinataires suivants :

- d'autres organismes publics : SPF Finances, ONSS, SFP (pensions), INASTI (indépendants)...
- les organismes bancaires via lesquels Fedris exécute les paiements aux bénéficiaires
- votre mutualité ou tout autre organisme bénéficiant d'un droit de subrogation
- vos prestataires de soins (médecins, prothésistes...)
- les médecins et avocats avec lesquels Fedris collabore
- le service de la médecine du travail de votre employeur
- les juridictions saisies d'une procédure judiciaire
- l'entreprise d'assurances de votre employeur (en cas d'accident du travail)
- votre employeur ou votre établissement d'enseignement

Quels sont vos droits par rapport à vos données ?

1. Demander de quelles données personnelles Fedris dispose à votre sujet
2. Obtenir une copie de ces données
3. Demander l'effacement de ces données (sous réserve)
4. Demander la rectification de ces données
5. Savoir si les décisions prises par Fedris ont été automatisées ou non
6. Retirer votre consentement si vous l'avez donné auparavant

Comment pouvez-vous exercer vos droits par rapport à vos données?

Contactez le délégué à la protection des données (DPD) par e-mail à privacy@fedris.be ou par courrier à Fedris, service Sécurité de l'information, avenue de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles.

Une réclamation ?

Écrivez à : Autorité de protection des données, rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles.

¹ Responsable du traitement des données : Agence fédérale des risques professionnels, avenue de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles

² Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016

³ Loi du 3 juillet 1967 sur la réparation des dommages résultant des accidents du travail, des accidents survenus sur le chemin du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public, loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, lois coordonnées du 3 juin 1970 relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci, loi-programme du 27 décembre 2006