



FEDRIS

Indieningsdossier voor een aanvraag in het kader van de cao nr. 177 van 21 oktober 2025 gericht op de erkenning als werknemer met ernstige lichamelijke problemen voor de toepassing van de werkloosheid met bedrijfstoelage.

De 2 delen van dit formulier moeten worden ingevuld en teruggestuurd naar FEDRIS - Sterrenkundelaan 1 - 1210 Brussel.

Voor alle vragen en bijkomende informatie:

☎ Afdeling Medische expertise 02 272 20 40

✉ cao-cct@fedris.be

💻 <https://fedris.be/nl/werkloosheid-met-bedrijfstoelage>

Opgelet: als u al rechthebbende bent van de werkloosheidsregeling met bedrijfstoeslag ("brugpensioen"), gepensioneerd, in volledige werkloosheid of in volledige invaliditeit, voldoet u niet aan de voorwaarden om gebruikt te maken van cao nr. 177.

De collectieve arbeidsovereenkomst van 21/10/2025 beoogt de toekenning van een bijkomende vergoeding in het kader van de werkloosheid met bedrijfstoeslag aan ontslagen werknemers die minstens 58 jaar oud zijn op het ogenblik van de beëindiging van hun overeenkomst en die een anciënniteit kunnen rechtvaardigen van minstens 35 jaar, op voorwaarde dat ze het statuut van mindervalide werknemer genieten of lijden aan ernstige lichamelijke problemen.

Om hiervan te kunnen genieten moeten volgens deze cao 3 voorwaarden **tegelijk** vervuld zijn:

- U moet getroffen zijn door **ernstige lichamelijke problemen**. Er kan geen rekening gehouden worden met de gezondheidsproblemen die geen lichamelijke problemen zijn (depressie, problemen met de mentale gezondheid, burn-out, chronische vermoeidheid...);
- Die problemen zijn **geheel of gedeeltelijk te wijten** aan uw huidige beroepsactiviteit of aan een beroepsactiviteit die u vroeger heeft uitgeoefend;
- Die problemen **hinderen in belangrijke mate** het verder uitoefenen van uw beroep.

De aanvragen worden eerst onderzocht door een commissie van medische deskundigen van Fedris. Deze brengt een gemotiveerd advies uit ter attentie van het Medisch-technisch comité in zijn component 'zware beroepen' die dan de beslissing neemt om uw aanvraag te aanvaarden of af te wijzen.

Dit comité is paritair samengesteld, d.w.z. dat er afgevaardigden van de werknemers en de werkgevers zetelen.

Om een aanvraag in te dienen moet u ons **alle volgende documenten bezorgen**:

- ☐ Het formulier C17 - BEROEPSVERLEDEN - MINDERVALIDE OF LICHAMELIJKE PROBLEMEN - ANTWOORD dat ter beschikking wordt gesteld door uw uitbetalingsinstelling;
- ☐ Dit formulier:
 - **deel I** moet ingevuld worden door u - u kan u laten bijstaan door de bedrijfsarts, de preventieadviseur,
 - **deel II** moet ingevuld worden door een arts. **Het wordt sterk aanbevolen om een beroep te doen op de bedrijfsarts omdat hij beter geplaatst is om u te helpen bij het bezorgen van de elementen nodig voor de erkenning van uw aanvraag.** Indien u niet weet wie uw bedrijfsarts is, vraag het na aan uw werkgever, bij uw preventieadviseur, uw collega's, uw vakbond....
- ☐ Alle (medische) documenten die het lichamelijke probleem staven. Bijvoorbeeld: medische verslagen van deskundigen of van een huisarts, hospitalisatieverslagen, röntgenfoto of CT-scan, longfunctieproef, laboratoriumresultaten, EMG,
De medische beelden die digitaal werden gemaakt (CT, MRI, RC) moeten op een elektronische drager worden bezorgd (cd-rom) (dicom-formaat).
- ☐ **Als u momenteel arbeidsongeschikt bent ten laste van uw ziekenfonds**, een attest van uw ziekenfonds met de begindatum van uw ongeschiktheid.
- ☐ **Als de adviserend arts van uw ziekenfonds u toestemming heeft gegeven om aangepast werk te hervatten**, een attest van uw ziekenfonds met de begindatum en de aard en het volume van het werk, alsook de werkomstandigheden.

Wij richten uw aandacht op het feit dat AL deze documenten nodig zijn voor het onderzoek van uw aanvraag en zolang we er niet over beschikken, kunnen we niet overgaan tot het onderzoek.



C177/1N - Aanvraag ingediend tot erkenning als werknemer met ernstige lichamelijke problemen voor de toepassing van de werkloosheid met bedrijfstoelage. CAO 177 van 21/10/2025

DEEL I - IN TE VULLEN DOOR DE AANVRAGER

(Het is aangeraden om dit formulier, bij voorkeur, te laten invullen door de bedrijfsarts.)

(Bij voorkeur invullen in hoofdletters a.u.b., zodat het goed leesbaar is.)

- Waar je zelf iets moet invullen vind je het volgende icoon



- Waar de bedrijfsarts (of de behandelend arts) nodig is, staat het volgende icoon



1. Identiteit van de aanvrager



In te vullen door de werknemer

Rijksregisternummer		< zie keerzijde van de identiteitskaart
Naam		< voor vrouwen: meisjesnaam
Voornaam		< officiële voornaam
Geboortedatum		< dag/maand/jaar
E-mail		
Telefoon / GSM		< bereikbaar tussen 9 en 17 uur
Straat, nummer et bus		
Postcode en gemeente		
Taalrol	☐ Frans ☐ Nederlands ☐ Duits	

2. Inlichtingen over het huidige beroep



Uw huidige werkgever

Begindatum van tewerkstelling 	Naam, adres, telefoonnummer of e-mailadres van de werkgever en/of van het diensthoofd van de personeelsdienst
---	---

Wat is uw arbeidstijdregeling (100%, 50%, ...)?

Werkt u in ploegenarbeid?

Oefent u momenteel aangepast werk uit (duidt aan):

.....

NEE ☐ JA ☐

NEE ☐ JA ☐

Indien u aangepast werk heeft:	
sinds wanneer?	
is dit aangepast werk definitief?	NEE ☐ JA ☐
op welke manier is dit werk aangepast?	☐ deeltijds ☐ geen meer ploegenarbeid ☐ ander werk

heeft u dit aangepast werk gekregen wegens ernstige lichamelijke problemen die uw aanvraag rechtvaardigen?	NEE ☐	JA ☐
is dit een werkhervatting met akkoord van de adviserend arts van het ziekenfonds?	NEE ☐	JA ☐



Gedetailleerde beschrijving van uw huidige beroepsactiviteiten

Leg in uw eigen woorden uit waaruit precies uw werk bestaat. Beschrijf voor elke soort activiteit volgende elementen: de bewegingen die u moet uitvoeren, de duur (hoeveel minuten of uren per gewerkte dag), de frequentie (hoeveel keer per uur, per dag of per week, altemnerend... te verduidelijken volgens het soort activiteit),

Probeer een zo nauwkeurig mogelijke beschrijving te geven van uw huidig beroep.

Bijvoorbeeld: bij het tillen van zware lasten: wat is het geschatte gewicht van die lasten en hoeveel keer per uur/dag/week (aan te passen afhankelijk van de activiteit) moet u ze dragen?

U kan u laten helpen door de bedrijfsarts



Werkgever(s) bij wie u waarschijnlijk het ernstige lichamelijke probleem hebt opgelopen dat de verdere uitoefening van het beroep significant bemoeilijkt.

Tewerkstellingsperiode		Naam en adres van de werkgever	Aard van het werk (korte beschrijving van uw activiteiten)
Begindatum	Einddatum		

3. Erkende arbeidsongevallen en beroepsziekten



Laten invullen bij voorkeur door de bedrijfsarts of anders door de werknemer

3.1 Arbeidsongevallen:

Was u het slachtoffer van een erkend arbeidsongeval?

JA ☐ - NEE ☐

Heeft dit ongeval een invloed op het lichamelijke probleem dat aan de basis ligt van uw aanvraag? JA ☐ - NEE ☐

Zo ja, gelieve:

- HETZIJ de overeenkomst-vergoeding of het consolidatieverslag met de beschrijving van de restletselsvoor elk ongeval bij te voegen;
- HETZIJ het vak hieronder in te vullen met de inlichtingen waar u over beschikt.

	1 ^e ongeval	2 ^e ongeval	3 ^e ongeval
Datum van het ongeval			
Verzekeringsmaatschappijen * (die het ongeval ten laste hebben genomen): - Naam van de maatschappij: - dossiernummer:			
Beschrijving van de opgelopen letsels			
Datum van een eventueel vonnis van de arbeidsrechtbank			
Consolidatiedatum			
% blijvende arbeidsongeschiktheid			
Beschrijving van de restletsels bij de consolidatie			
Datum van eventuele verergering erkend door de verzekeraar			
Beschrijving van de aantasting die de verergering/verhoging van de toegekende blijvende ongeschiktheid motiveren			

3.2 Beroepsziekten

Heeft u een erkende beroepsziekte*?

JA ☐ - NEE ☐

Heeft die ziekte een invloed op het lichamelijke probleem dat aan de basis ligt van uw aanvraag? JA ☐ - NEE ☐

Zo ja, gelieve de tabel hieronder in te vullen met de inlichtingen in uw bezit.

	1 ^e beroepsziekte	2 ^e beroepsziekte	3 ^e beroepsziekte
Datum van erkenning van de ziekte			
Door Fedris: - dossiernummer (indien mogelijk)			
Door een andere instelling: - naam van de instelling: - dossiernummer:			
Precieze beschrijving van de diagnose en van de lokalisatie van de erkende beroepsziekte			

BELANGRIJK

Om ons in staat te stellen uw aanvraag zo snel mogelijk te verwerken, vragen we u om de artsen van Fedris toestemming te geven, om kennis te nemen van uw medische gegevens in de dossiers m.b.t. uw arbeidsongevallen en/of beroepsziekten.

Als u toestemming verleent, gelieve dit vakje aan te kruisen: ☐

Datum: / / 20..

Handtekening van de aanvrager:

Met uw handtekening geeft u de bedrijfsarts en/of de behandelend arts die deel II van het formulier zal invullen, de toelating om de medische gegevens m.b.t. die aanvraag aan de artsen van Fedris te bezorgen.



Aanvraag ingediend tot erkenning als werknemer met ernstige lichamelijke problemen voor de toepassing van de werkloosheid met bedrijfstoeslag. CAO 177 van 21/10/2025

DEEL II - IN TE VULLEN DOOR EEN ARTS

(Het is aangeraden om dit formulier, bij voorkeur, te laten invullen door de bedrijfsarts.)

(Bij voorkeur invullen in hoofdletters a.u.b., zodat het goed leesbaar is.)

1. Ernstig lichamelijk probleem van de aanvrager



Vanaf hier bij voorkeur laten invullen door de bedrijfsarts of anders door uw behandelend arts.

Beschrijving van het ernstige lichamelijke (en niet het psychologische of mentale) probleem die de werknemer/uw patiënt verhindert de uitoefening van zijn huidige werk voort te zetten.	
Diagnose van de aantasting die aan de basis ligt van het ernstige lichamelijke probleem (en lokalisatie indien nodig)	
Chronologische geschiedenis van het probleem en van de lichamelijke aantasting (aandoening of letsels) met begindatum, ontwikkeling, gestarte behandelingen, evolutie. Gelieve de evolutie van die lichamelijke problemen te beschrijven, zowel vanuit medisch oogpunt als op socio-economisch vlak, tot nu.	
Recente ziekenhuisopnamen (data vermelden)	
Huidige klachten	
Vaststellingen tijdens het huidige klinische onderzoek	
Huidige behandelingen	

2. Verband met de beroepsactiviteit



Bij voorkeur te laten invullen door de bedrijfsarts of anders door uw behandelend arts

Werden de ernstige lichamelijke problemen van de aanvrager geheel of gedeeltelijk veroorzaakt door zijn huidige of vroegere beroepsactiviteiten? Hoe bemoeilijken de lichamelijke problemen het werk van uw patiënt?

Is uw patiënt momenteel arbeidsongeschikt?	NEE ☐ JA ☐ Zo JA, sinds wanneer? Om welke reden?
Werd de arbeidsduur van uw patiënt verminderd ten opzichte van de duur van de arbeidsovereenkomst en dit wegens medische redenen?	NEE ☐ JA ☐ Zo JA, sinds wanneer? Indien voor (een) beperkte periode(s) van / / tot / / Gelieve de precieze medische reden met de diagnose te verduidelijken.
Moest de uitoefening van de beroepsactiviteit van uw patiënt worden gewijzigd? Verandering van werktijden, activiteit, aangepast werk, hulp van collega's, technische/technologische hulp	NEE ☐ JA ☐ Zo JA, is de bedrijfsarts tussenbeide gekomen: NEE ☐ JA ☐ Sinds wanneer? Beschrijving van de aanpassing: Reden van aanpassing:
Vormt de uitoefening van de beroepsactiviteit momenteel een probleem voor de veiligheid van uw patiënt of van zijn collega's?	NEE ☐ JA ☐ Zo JA, beschrijf hoe
Terwijl uw patiënt tot deze aanvraag heeft kunnen werken, wat is er recentelijk veranderd in zijn of haar functionele status, wat, volgens u, nu de verdere werkuitoefening zou belemmeren?	

3. Significante moeilijkheden in de toekomstige uitoefening van het beroep



Bij voorkeur te laten invullen door de bedrijfsarts of anders door uw behandelend arts

Gelieve te verduidelijken of de ernstige lichamelijke problemen van uw patiënt de verdere uitoefening van het beroep significant bemoeilijken. Het concept van ernst is geen functie van een specifieke graad van arbeidsongeschiktheid.

Met andere woorden, hoe beïnvloedt de voortzetting van de huidige beroepsactiviteiten de aangehaalde lichamelijke problemen? Is er een verergering van het probleem wanneer uw patiënt werkt? Vermindert het probleem wanneer hij in rust is?

4. Medische documenten



Voeg alle medische documenten bij die het lichamelijke probleem staven: een attest van de huisarts/specialist, hospitalisatieverslag, röntgenfoto of CT-scan, longfunctieproef, laboratoriumresultaten, EMG,

De medische beelden die digitaal werden gemaakt (CT, MRI, RC) moeten op een elektronische drager worden bezorgd (cd-rom), (dicom-formaat).

5. Identiteit van de arts die dit formulier heeft ingevuld



Naam		Stempel
Adres		
Telefoon		
Fax		
E-mail		

Ik bevestig dat de verklaring hierboven volledig en echt is. Ik ben bereid bijkomende gegevens te bezorgen op verzoek van de artsen van Fedris.

Datum: ../../20..

Handtekening van de arts:

Bescherming van uw persoonlijke gegevens¹

Als gevolg van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG; Engels: GDPR, General Data Protection Regulation) van de Europese Unie² informeren wij u waarvoor Fedris uw gegevens gebruikt en welke rechten u kunt laten gelden in verband met deze gegevens.

Waarvoor gebruiken wij uw gegevens?

Wij hebben uw gegevens nodig om binnen de sociale zekerheid onze wettelijke opdrachten op het gebied van beroepsrisico's uit te voeren³. Bijvoorbeeld:

- gevolg geven aan uw aanvraag en uw dossier behandelen
- een beslissing van onze instelling meedelen
- een vergoeding berekenen en betalen waarop u recht hebt
- uw gezondheidszorgen terugbetalen
- de verzekeringsondernemingen en de werkgevers controleren op het gebied van beroepsrisico's
- wetenschappelijke en statistische studies uitvoeren voor preventiedoeleinden

Hoelang bewaren wij uw gegevens?

Uw gegevens worden bewaard zo lang dat nodig is om de bovenvermelde gegevensverwerkingen te kunnen uitvoeren en/of zo lang dat nodig is als wettelijk bewijs, met een maximum van 30 jaar na uw overlijden.

Aan wie geven wij uw gegevens eventueel door?

We kunnen (een deel van) uw gegevens doorgeven aan personen en instellingen die met Fedris samenwerken. Het gaat hoofdzakelijk om volgende ontvangers:

- andere publieke instellingen: FOD Financiën, RSZ, FPD (pensioenen), RSVZ (zelfstandigen)...
- de bankinstellingen die voor Fedris betalingen aan begunstigden uitvoeren
- uw ziekenfonds of elke andere instelling met een subrogatierecht
- uw zorgverstrekkers (artsen, prothesisten, enz.)
- de artsen en advocaten met wie Fedris meewerkt
- de dienst voor bedrijfsgeneeskunde van uw werkgever
- de rechtbanken waarbij een gerechtelijke procedure aanhangig is
- de verzekeringsonderneming van uw werkgever (in geval van een arbeidsongeval)
- uw werkgever of uw onderwijsinstelling

Wat zijn uw rechten met betrekking tot uw gegevens?

1. Vragen welke persoonlijke gegevens Fedris over u bewaart
2. Een kopie vragen van die gegevens
3. Vragen om die gegevens te wissen (onder voorbehoud)
4. Vragen om die gegevens te corrigeren
5. Weten of de beslissingen van Fedris al dan niet werden geautomatiseerd
6. Uw toestemming intrekken als u die eerder hebt gegeven

Hoe kunt u uw rechten laten gelden met betrekking tot uw gegevens?

Contacteer de functionaris voor gegevensbescherming (FG) per e-mail naar privacy@fedris.be of per brief naar Fedris, dienst Informatieveiligheid, Sterrenkundelaan 1, 1210 Brussel.

Een klacht?

Schrijf een brief naar: Gegevensbeschermingsautoriteit, Drukpersstraat 35, 1000 Brussel.

¹ Gegevensverwerkingsverantwoordelijke: Federaal agentschap voor beroepsrisico's, Sterrenkundelaan 1, 1210 Brussel

² Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016

³ Wet van 3 juli 1967 betreffende de schadevergoeding voor arbeidsongevallen, voor ongevallen op de weg naar en van het werk en voor beroepsziekten in de overheidssector, arbeidsongevallenwet van 10 april 1971, wetten betreffende de preventie van beroepsziekten en de vergoeding van de schade die uit die ziekten voortvloeit, gecoördineerd op 3 juni 1970, programmawet van 27 december 2006