



C133/1F - Demande de reconnaissance comme travailleur ayant des problèmes physiques graves pour l'application du chômage avec complément d'entreprise. CCT 133 du 23 avril 2019

DONNEES MEDICALES : à introduire avec le formulaire C17 - PASSE PROFESSIONNEL - MOINS VALIDE OU PROBLEMES PHYSIQUES - REPONSE mis à votre disposition par votre organisme de paiement

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

- 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 

A la dernière page du formulaire, vous trouverez une fiche d'aide au remplissage avec des explications complémentaires pour toutes les zones avec *. Imprimez-là séparément et suivez les indications. Montrez également cette fiche au médecin. Il n'est pas nécessaire de nous la renvoyer.

1. Identité du demandeur



A compléter par le travailleur

Numéro du registre national | _____ - ____ - ____ | *< voir verso de la carte d'identité*

Nom | _____ | *< pour les femmes: nom de jeune fille*

Prénom | _____ | *< prénom officiel*

Date de naissance | ____ / ____ / ____ | *< jour/mois/année*

E-mail | _____@_____ |

Téléphone / GSM | _____ | *< accessible entre 9 et 17 heures*

Rue, numéro et boîte | _____ |

Code postal et commune | _____ | _____ |

Langue français néerlandais 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



Description détaillée de vos activités professionnelles actuelles

A faire compléter de préférence par le médecin du travail ou à défaut par le travailleur (*)

--

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



A faire 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 ^{ème} Accident	3 ^{ème} 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 ?

OUI - NON

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

	1ère maladie professionnelle	2ème maladie professionnelle	3ème 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 :

4. Problème physique grave du demandeur



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

Description du problème physique grave à la base de la demande (*)	
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 (**)	
Hospitalisations récentes (mentionnez les dates)	
Plaintes actuelles	
Constatations lors de l'examen clinique actuel	
Traitements actuels	

5. Relation avec l'activité professionnelle



A faire 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, par exemple l'état du demandeur est-il la conséquence d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail reconnu ou d'une maladie liée au travail ? (expliquez) (*)

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



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

Les problèmes physiques graves du travailleur entravent-ils significativement l'exercice de son métier à l'avenir ? (expliquez) Le concept de gravité n'est pas fonction d'un taux déterminé d'incapacité de travail. (*)

7. Documents médicaux



Joignez tous les documents (médicaux) qui étayent le problème physique : une attestation de la mutualité, une autorisation de reprise de travail partielle de l'INAMI, un rapport médical du 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).

8. 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 relatives à cette demande aux médecins de Fedris.

Date : __ / __ / __

Signature du médecin:

J'autorise le médecin du travail et/ou le médecin traitant à communiquer les données médicales relatives à cette demande aux médecins de Fedris.

Date : __ / __ / __

Signature du demandeur :

Renvoyez ce formulaire de demande à
Fedris – Avenue de l'Astronomie 1 – 1210 Bruxelles

Attention : si vous êtes déjà bénéficiaire du régime de chômage avec complément d'entreprise (« prépension ») ou pensionné, vous n'êtes pas dans les conditions pour bénéficier de la CCT 133.

La CCT 133 prévoit que le travailleur peut avoir recours à l'assistance du médecin du travail pour compléter le formulaire de demande de reconnaissance comme travailleur ayant des problèmes physiques graves pour l'application du chômage avec complément d'entreprise. Votre médecin traitant peut également compléter la partie médicale du formulaire.

Il est toutefois 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....

Comment remplir correctement le formulaire ?

Si vous n'avez pas assez de place sur le formulaire, vous pouvez toujours joindre un feuillet supplémentaire.



Page 1 - « 2. Informations quant à la profession actuelle » : à remplir par le travailleur

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 ?



Page 4 - « 4. Le problème physique grave du demandeur » - à faire compléter par le médecin du travail ou le médecin traitant

***** « Description du problème physique grave à la base de la demande » : veuillez décrire les problèmes **physiques** (et pas psychologiques ou mentaux) qui empêchent le travailleur/votre patient de poursuivre l'exercice de son travail actuel.

****** « Histoire chronologique du problème et de l'atteinte (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.



Veillez décrire comment les problèmes physiques entravent le travail sous l'angle du régime de travail du travailleur, du type de travail qu'il exerce et de la sécurité au travail pour lui-même et ses collègues. Veillez à être précis (pourquoi, comment...). Vous trouverez ci-dessous une liste de questions que vous pouvez poser au travailleur/à votre patient afin de recueillir les informations utiles.

1 - REGIME DE TRAVAIL :

1.1. Votre durée de travail a-t-elle dû être réduite : quel est le nombre d'heures de travail effectuées par rapport au contrat initial ? (heures prestées, rythme de travail (nombre de jours de présence, journée complète / demi jours, horaire, pause, ...)

Si votre durée de travail a été réduite, bénéficiez-vous d'un complément de la mutuelle ? D'un complément de chômage (pause carrière), d'une pension complémentaire, de chômage économique... Préciser la période et s'il s'agit d'une intervention de la mutuelle, la raison médicale précise avec un diagnostic.

1.2.

- Etes-vous actuellement en incapacité de travail ?
- Si oui depuis quand et pour quel motif ?

2 - TYPE DE TRAVAIL

2.1. L'exercice de votre travail a-t-il dû être modifié ? Changement d'horaire, d'activités, octroi d'un travail adapté, nécessité d'aide des collègues, aide par l'usage de matériel technique complémentaire,

2.2.

- Avez-vous actuellement un travail adapté ?
- Si oui en quoi consiste-t-il ?
- Quelle est la raison de ce travail adapté ?
- Le médecin du travail est-il intervenu ?

3 - SECURITE :

- Les problèmes physiques que vous invoquez constituent-ils un danger pour vous-même ou vos collègues si vous poursuivez votre travail ?
- Entravent-ils votre sécurité ou celle de vos collègues ? Si oui, pourquoi...



Veillez décrire comment la poursuite des activités professionnelles actuelles et/ou les activités exercées antérieurement a ou ont eu une influence sur les problèmes physiques invoqués (aggravation de l'état ?)