|  |
| --- |
| **Demande de lancement d’un trajet de réintégration, à l’initiative de l’employeur** |

*Merci de remplir ce document avec soin pour permettre le bon suivi de la demande.*

*Nous utiliserons les informations ci-dessous pour* :

* *communiquer avec le* ***travailleur*** *pendant la période d’incapacité de travail*
* *informer le* ***médecin-conseil*** *de la mutuelle*
* *informer l’****employeur***

*au sujet* :

* *du lancement du trajet, de la date de l’examen et du résultat de celui-ci.*

L’employeur soussigné : ..................................................................................................................................................................... demande au conseiller en prévention-médecin du travail de lancer un trajet de réintégration pour :

Coordonnées du travailleur :

Nom + prénom de la personne à examiner : .....................................................................................................................................................................

Date de naissance : ……..................................................................................................................................

NISS : .............................................................................................................................................

Mutualité (numéro) : …………………………..…

Adresse : Rue : ........................................................................... Numéro :..................... Boîte postale :.................

Code postal : ....................................... Localité : ...............................................................................

Adresse électronique (privée) : ...................................................................................

Numéro de GSM (privé) : ................................................................................

Langue : ………………………………………………….

Travail actuellement convenu : ......................................................................................................................

Raison de la demande de trajet de réintégration :

* Le travailleur est en incapacité de travail depuis 3 mois sans interruption OU est en incapacité de travail depuis le …………
* Certificat d’« incapacité de travail définitive » délivré par le médecin traitant du travailleur *(veuillez joindre une copie du certificat)*
* En cas d’accident du travail ou de maladie professionnelle, le lancement d’un trajet de réintégration n’est possible que si l’incapacité temporaire de travail due à cet accident du travail ou à cette maladie professionnelle prend fin conformément à la législation relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

*(veuillez joindre une copie de l’attestation d’assurance)*

Coordonnées de l’employeur :

Nom de l’entreprise : ................................................................................................................................................

Numéro BCE : ..............................................................................................................................................

Nom de la personne de contact pour le trajet de réintégration : ....................................................................................................................................

Numéro de téléphone de la personne de contact pour le trajet de réintégration :

* Numéro de GSM (de préférence) : ………….
* Numéro de téléphone fixe : ………………………..

Adresse électronique de la personne de contact pour le trajet de réintégration : .................................................................................................................................

Date et signature de l’employeur ou d’un délégué,

**Traitement des données à caractère personnel conformément au Règlement général sur la protection des données (ou « RGPD »)**

Mensura traite les données à caractère personnel demandées en tenant compte du Règlement général sur la protection des données.

Elle reconnaît appliquer le principe de minimisation des données. En effet, Mensura se limite à ne demander et à ne traiter que les données à caractère personnel dont elle a absolument besoin pour assurer ses services.

Dans le cadre de ce service de « surveillance médicale » et pour le traitement légitime de vos données à caractère personnel, Mensura s’en réfère à l’obligation légale qui contraint votre employeur à s’affilier à un service externe. Le but est de favoriser le bien-être au sein de l’organisation. En tant que service externe, Mensura est tenue de respecter le Code du bien-être au travail et ses arrêtés d’exécution qui fixent légalement l’offre d’un service externe.

Le traitement légitime des données à caractère personnel est dès lors régi par les articles 6.1.c) et 9.2.b) et h) du RGPD.

Les données à caractère personnel traitées peuvent, dans le cadre de la surveillance médicale, être transmises aux tiers suivants : médecin traitant (moyennant l’accord du travailleur), médecin-conseil de la mutualité, l’employeur et Fedris.

Les données à caractère personnel traitées sont conservées pour une période d’au moins 40 ans.

En tant que personne concernée, vous disposez, dans le cadre de ce Règlement général sur la protection des données, des droits suivants à l’égard de vos données à caractère personnel : le droit d’accès, le droit de rectification, le droit à l’effacement ou à la limitation du traitement, ainsi que le droit d’opposition et le droit à la portabilité des données.

Si vous avez d’autres questions sur la manière dont vous pouvez exercer vos droits auprès de Mensura ou sur l’approche de Mensura concernant le traitement de vos données à caractère personnel, veuillez consulter notre Politique relative au respect de la vie privée (<https://www.mensura.be/fr/privacy-policy>) ou vous adresser à notre Délégué à la protection des données (Privacy@mensura.be).