|  |
| --- |
| **Demande de la procédure spécifique dans le cadre de l’article 34 de la loi relative aux contrats de travail, à l’initiative de l’employeur**  ***Constat de l’inaptitude définitive dans le cadre de la rupture du contrat de travail*** |

*Merci de remplir* ***complètement*** *ce document pour permettre le bon suivi de cette demande.*

*Nous utiliserons les informations ci-dessous pour* :

* *communiquer avec le* ***travailleur*** *pendant la période d’incapacité de travail*
* ***vous*** *informer* ***en tant qu’employeur***
* *informer le* ***médecin-conseil*** *de la mutuelle*

*au sujet* :

* *de la date de l’examen et du résultat.*

*Cette demande doit être envoyée par* ***courrier recommandé*** *au* ***Mensura SEPPT, Italiëlei 2, 2000 Anvers.***

*Vous devez également informer le travailleur de votre demande par courrier recommandé.*

L’employeur soussigné (nom et prénom) : .....................................................................................................................................................................

demande au conseiller en prévention-médecin du travail de vérifier si le travailleur ci-dessous, qui se trouve **en incapacité de travail d’une durée ininterrompue de 9 mois minimum**, est **définitivement inapte** au travail convenu.

**Données du travailleur :**

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

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

Numéro NISS : .....................................................

Mutualité (numéro) : …………………………..………

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

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

Adresse e-mail (privée) : ......................................................................................................................................

GSM/Tél. (privé) : ............................................................................................................................................

Langue : ………………………………………………….

Travail actuel convenu : ......................................................................................................................

En incapacité de travail d’une durée ininterrompue de 9 mois minimum - En incapacité de travail depuis …………………

**Données de l’employeur :**

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

Numéro BCE :…………………………………………………………………………………………………………

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

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

Nom de la personne de contact : ....................................................................................................................................

Numéro de téléphone de la personne de contact :

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

Adresse e-mail de la personne de contact : ...........................................................................................................................

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 «GDPR »)**

Mensura traite les données personnelles 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 personnelles dont elle a absolument besoin pour assurer ses services. Dans le cadre de ce service la surveillance médicale et pour le traitement légitime de vos données personnelles, 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 personnelles est dès lors régi par les articles 6.1.c) et 9.2.b) et h) du GDPR. Les données personnelles 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, employeur et Fedris. Les données personnelles traitées sont conservées pendant une période d’au moins 40 ans. Dans le cadre de ce Règlement Général sur la Protection des Données, vous jouissez des droits suivants vis-à-vis de vos données personnelles : consultation, rectification et suppression des données, limitation de leur traitement, opposition à leur traitement et portabilité des données. Si vous avez d’autres questions sur la manière dont vous pouvez exercer ces droits chez Mensura ou dont Mensura gère le traitement des données à caractère personnel, nous vous invitons à consulter notre politique relative au respect de la vie privée (<https://www.mensura.be/fr/privacy-policy>) ou notre Data Protection Officer ([Privacy@mensura.be](file:///C:/Users/XLJRSS/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/Privacy@mensura.be)).