

Informations spécifiques relatives au COVID-19

Afin de nous aider à instruire le plus rapidement possible votre demande, nous vous demandons de suivre les instructions reprises ci-dessous :

Formulaire 601 (formulaire administratif à remplir par vous et votre employeur)	Formulaire 603 (formulaire médical à faire compléter par un médecin)
Outre vos données personnelles (nom, prénom, date de naissance, adresse, n° de téléphone et/ou de GSM et adresse mail) et votre formation , il est impératif de nous donner un maximum d'informations concernant votre occupation professionnelle.	le diagnostic clair (COVID-19) et l'évolution médicale de la maladie (rapports de médecins) ;
Votre employeur doit remplir la rubrique B, en indiquant le service dans lequel vous travaillez. Vous et/ou votre employeur devez également décrire la nature de l'activité professionnelle exercée dans les dernières semaines précédant le début des symptômes.	les résultats de laboratoire prouvant l'infection par le virus SRAS-CoV-2 (ces résultats sont absolument nécessaires pour traiter votre demande) ;
N'oubliez pas de joindre une vignette de mutuelle et de vérifier si l'une des situations sociales , décrites au cadre 6, vous concerne. Enfin, très important, datez et signez votre demande .	la durée de l'incapacité de travail prescrite par le médecin (si possible copie du certificat médical).
Ce formulaire doit être accompagné du formulaire 603 (attestation médicale)	Si la période d'incapacité de travail est prolongée, merci de nous faire parvenir une copie du certificat médical précisant la période et la raison de la prolongation.



Protection de vos données personnelles¹

En vertu du Règlement général de protection des données (RGPD) de l'Union européenne², nous vous informons des traitements qui seront effectués par Fedris sur vos données personnelles et sur les 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



FORMULAIRE DE DEMANDE DE REPARATION D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE (*)

Législation relative aux maladies professionnelles en faveur du personnel appartenant aux administrations provinciales et locales

(* *Formulaire à utiliser pour une demande générale. Pour les demandes de remboursement des frais de soins de santé prévus dans la nomenclature spécifique, le formulaire 511F-513F doit être utilisé.*

Rubrique A

CASES A COMPLETER PAR LE (LA) REQUERANT(E)

CASE 1

Identité (à compléter en majuscules s.v.p.)

Nom <i>(pour les femmes: nom de jeune fille)</i>																									
Prénom <i>(prénom officiel)</i>																									
Rue et numéro																									
																							N°		Bte
Code postal et commune <i>(pour Bruxelles précisez la commune)</i>																									
																									Code postal
Date de naissance <i>(jour, mois, année)</i>																									
Sexe <i>(cochez la case indiquée)</i>	<input type="checkbox"/> M											<input type="checkbox"/> F													
Rôle linguistique <i>(français - néerlandais - allemand)</i>																									
Numéro de téléphone <i>(du domicile)</i>																									
N° d'identification au Registre national <i>(figure au verso de votre carte d'identité)</i>																									

CASE 2

Nature de la demande

Le(la) soussigné(e) souhaite introduire auprès de Fedris: *(cochez la case indiquée)*

une première demande / une demande après décision de rejet

- cochez ce carré si c'est la première fois qu'une demande est introduite à Fedris ou si une demande antérieure pour la même maladie a été rejetée. Complétez dûment le formulaire.
- cochez ce carré si vous bénéficiez déjà d'une indemnité versée par Fedris et souhaitez introduire une première demande pour une autre maladie. Complétez dûment le formulaire.

une demande de révision d'une maladie professionnelle déjà reconnue

- cochez ce carré si vous introduisez une demande de révision pour une maladie professionnelle déjà indemnisée. Les cases 6 et 8 doivent être obligatoirement complétées.

CASE 3

Nom et adresse de votre mutualité ou vignette

Collez ici la vignette de votre mutualité ou indiquez les renseignements suivants:

nom de votre mutualité:

le numéro de votre mutualité:

votre numéro d'affiliation:

CASE 4	Carrière professionnelle		
CASE 4.1	Carrière professionnelle à l'étranger		
Période d'occupation		Nom et adresse de l'employeur ou activité d'indépendant exercée. <i>Veillez mentionner le pays</i>	Nature de l'activité exercée
Date de début	Date de fin		

CASE 4.2	Carrière professionnelle en Belgique		
Période d'occupation		Nom et adresse de l'employeur dans le secteur public, de l'employeur du secteur privé ou de l'activité d'indépendant exercée.	Nature de l'activité exercée
Date de début	Date de fin		

CASE 5	Risque professionnel	
<p>Veillez indiquer l'(les) employeur(s) et la(les) période(s) mentionnés au point 4.1 et/ou 4.2, chez qui votre maladie aurait été contractée. Mentionnez votre métier, donnez une description détaillée de votre poste de travail et de votre activité professionnelle.</p>		
Période(s)	Employeur(s)	Description détaillée du poste de travail et de l'activité professionnelle ; indication des produits, machines, véhicules etc. utilisés pendant l'occupation professionnelle.
du __/__/____	.....	.....
au __/__/____	.....	.....
du __/__/____	.....	.....
au __/__/____	.....	.....
du __/__/____	.....	.....
au __/__/____	.....	.....

CASE 6	Situation sociale	
6.1 Avez-vous conservé l'exercice de vos fonctions après le début de votre incapacité de travail/de votre invalidité ?	(répondez par oui ou non)	
6.2 Lorsque vous avez cessé vos fonctions, avez-vous obtenu une pension de retraite à charge du secteur public ?	(répondez par oui ou non et complétez évent. la date de début) à partir du __ / __ / ____	
6.3 Avez-vous introduit une demande de pension à charge du secteur public ?	(répondez par oui ou non) (si oui, complétez la date présumée de prise de cours de celle-ci) à partir du __ / __ / ____	
6.4 Percevez-vous une des prestations suivantes :	(répondez par oui ou non)	(si oui, indiquez la période ou la date de début)
- maladie ou invalidité (mutualité ou autre organisme)	.....	du __ / __ / ____ au __ / __ / ____
- maladie professionnelle payée par un autre organisme que Fedris	.....	du __ / __ / ____ au __ / __ / ____
- interruption de la carrière professionnelle - complète	.....	à partir du __ / __ / ____
- interruption de la carrière professionnelle - partielle	.....	à partir du __ / __ / ____
- diminution des prestations de service	.....	à partir du __ / __ / ____
- départ anticipé à mi-temps	.....	à partir du __ / __ / ____
- accident de travail	.....	à partir du __ / __ / ____
- chômage	.....	à partir du __ / __ / ____
6.5 Avez-vous été mis(e) en disponibilité ?	(répondez par oui ou non)	(indiquez la période ou la date de début) du __ / __ / ____ au __ / __ / ____ du __ / __ / ____ au __ / __ / ____ du __ / __ / ____ au __ / __ / ____

CASE 7	A compléter si vous travaillez à TEMPS PARTIEL chez plus d'un employeur	
Nom et adresse des employeurs	1. 2.	
Informations concernant l'employeur n°1		
Depuis quelle date travaillez-vous à temps partiel chez cet employeur ?	__ / __ / ____	
Jours et heures de travail chez cet employeur	..... ..... .....
Profession	.....

Informations concernant l'employeur n°2

Depuis quelle date travaillez-vous à temps partiel chez cet employeur ?

__/__/____

Jours et heures de travail chez cet employeur

.....
.....
.....

Profession

.....

CASE 8**Formation***Cochez votre niveau d'études le plus élevé et mentionnez l'année de l'obtention du certificat ou du diplôme.*

- Enseignement primaire terminé en ____
- Enseignement secondaire inférieur terminé en ____
- Enseignement secondaire supérieur terminé en ____
- Enseignement technique supérieur, supérieur non-universitaire terminé en ____

Formation complémentaire

Cours du soir terminés en ____
Si oui, quel type
d'enseignement ?

Autre formation terminée en ____
Si oui, quel type
d'enseignement ?

CASE 9**Déclaration du demandeur**

Je soussigné(e) demande réparation pour une maladie professionnelle.

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

Je joins à cette demande une attestation médicale 603F, complétée par le médecin.

Fait à

__/__/____

(date)

.....

(signature)

La loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel s'applique au traitement de données recueillies sur base des présents formulaires. Les données sont recueillies sur base de la législation relative à l'assurance maladies professionnelles. Ces données sont traitées par et sous la responsabilité de Fedris, avenue de l'Astronomie, 1 à 1210 Bruxelles pour l'application de la sécurité sociale, en particulier pour la réparation d'une maladie professionnelle.

Si vous souhaitez prendre connaissance des données vous concernant ou si vous souhaitez les faire rectifier, veuillez vous adresser par écrit au Centre des données signalétiques de Fedris.

CASE 1	Identité du (de la) requérant(e) (à compléter en majuscules s.v.p.)																			
Nom <i>(pour les femmes: nom de jeune fille)</i>																				
Prénom <i>(prénom officiel)</i>																				
Rue et numéro																				
Code postal et commune <i>(pour Bruxelles précisez la commune)</i>																				
Date de naissance <i>(jour, mois, année)</i>																				

CASE 2	Identité de l'autorité (à compléter en majuscules s.v.p.)
Dénomination exacte :
Adresse :
Service compétent :
Personne à contacter :
Tél :/.....

CASE 3	Renseignements concernant le statut
Après de quel régime de la sécurité sociale l'autorité est-elle affiliée ?	
N° d'affiliation de l'autorité au régime de sécurité sociale visé ci-dessus	
Lien agent/autorité ¹	
Des cotisations sociales sont-elles versées pour cet agent ?	<i>(répondez par oui ou non)</i>
Si oui, dans quel régime de la sécurité sociale ?	
L'agent appartient-il au personnel enseignant ?	<i>(répondez par oui ou non)</i>
Si oui :	
1. L'agent bénéficie-t-il d'un traitement à charge de l'Etat ?	<i>(répondez par oui ou non)</i>
2. L'agent est-il lié à un établissement d'enseignement tombant dans le champ d'application de la loi du 29 mai 1959 ? ²	<i>(répondez par oui ou non)</i>

¹ **Prière d'indiquer** : statutaire, contrat de travail employé ou ouvrier, étudiant, etc...
S'il s'agit d'un statut spécial, préciser : stagiaire ONEM, chômeur mis au travail, C.S.T., contractuel subsidié, occupé dans le cadre du 3^{ème} circuit de travail, occupé par le fons interdépartemental du budget, etc...

² Il s'agit de la loi du 29 mai 1959 modifiant certaines dispositions de la législation sur l'enseignement.

CASE 4	Renseignements concernant les prestations de l'agent		
CASE 4.1	Période(s) d'occupation		
Date d'entrée	Date de sortie	Motif de sortie	Description de la profession
CASE 4.2	Période(s) d'arrêt de travail		
Date de début	Date de fin	Motif	
CASE 4.3	Prestations de travail		
Que représentent des prestations de travail à temps plein - en jours de travail par semaine ? - en heures de travail par semaine ?	..... .....	
L'agent a-t-il toujours travaillé à temps plein ?	<i>(répondez par oui ou non)</i>		
Si non, - pendant quelles périodes a-t-il travaillé à temps partiel?	1) du __ / __ / ____ au __ / __ / ____ 2) du __ / __ / ____ au __ / __ / ____ 3) du __ / __ / ____ au __ / __ / ____		
- combien d'heures de travail l'agent prestait-il pendant ces périodes ?	1) 2) 3)		
CASE 5	Remarques éventuelles de l'autorité		
.....			
CASE 6	Déclaration de l'autorité		
Je soussigné(e), agissant au nom de l'autorité auprès de laquelle le demandeur est/était occupé, déclare par la présente avoir reçu le __ / __ / ____ la demande de réparation d'une maladie professionnelle du (de la) demandeur/demanderesse et ce conformément aux dispositions de l'article 10. Alinéa 1er, de l'A.R. du 21 janvier 1993.			

Cachet de l'autorité

Certifié sincère et véritable

Date __ / __ / ____

Signature (nom et fonction)