



N° d'affiliation :
N.I.S.S. :
Nom - Prénom :

ATTESTATION DE REPRISE DU TRAVAIL OU DU CHOMAGE

(confirmation obligatoire de l'employeur ou du bureau de chômage
article 18bis de l'arrêté royal du 16/04/1997).

IMPORTANT : Ce document ne doit pas être complété

- si l'intéressé(e) a obtenu l'autorisation du médecin-conseil de reprendre le travail à temps-partiel ;
- si l'intéressé(e) reprend totalement le travail ou le chômage **après** la date de fin de l'incapacité de travail prescrite par le médecin traitant (pour les incapacités ayant débuté au plus tôt à partir du 01/01/2016)

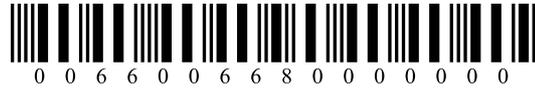
Je soussigné(e) déclare que la personne dénommée ci-dessus :

- a repris le travail – chômage (*) le 20.....

Certifié sincère, date 20.....

Identification de l'employeur ou de l'organisme de paiement des allocations de chômage :

(*) Biffer la mention inutile.



N° d'affiliation :
N.I.S.S. :
Nom - Prénom :

DATE DE FIN D'INCAPACITE A NOUS COMMUNIQUER D'URGENCE

Ce document a pour unique objectif d'éviter de poursuivre le paiement de vos indemnités après votre reprise de travail/chômage.

IMPORTANT : Ce document ne doit pas être complété

- si vous avez obtenu l'autorisation du médecin-conseil de reprendre le travail à temps-partiel ;
- si vous reprenez totalement le travail ou le chômage **après** la date de fin de l'incapacité de travail prescrite par votre médecin traitant (pour les incapacités ayant débuté au plus tôt à partir du 01/01/2016)

Je soussigné(e), ai repris le travail ou le chômage, le20.....

Fait le20.....

Signature :

Comment pouvez-vous nous communiquer votre date de reprise ?

- via ce document complété à nous renvoyer par la poste ou à déposer dans l'un de nos nombreux bureaux ;
- via notre site internet www.fmsb.be