



N° d'affiliation :  
N.I.S.S. :  
D.M. :  
Concerne :

**DEMANDE DE REPRISE DU TRAVAIL À TEMPS PARTIEL PENDANT L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL  
(RÉGIME DES SALARIÉS)  
(art 100 § 2 de la loi du 14 juillet 1994)**

**Important – Lisez ceci d'abord !**

**A quoi sert ce formulaire ?**

Vous devez remplir ce formulaire si vous voulez recommencer à travailler à temps partiel pendant la période au cours de laquelle vous êtes déclaré(e) incapable de travailler.

Il s'agit de la reprise à temps partiel :

- de l'activité professionnelle que vous exerchiez avant votre incapacité de travail  
ou
- d'une nouvelle activité professionnelle  
ou
- d'une activité comme indépendant compatible avec votre état de santé  
ou
- de toute activité (non) rémunérée compatible avec votre état de santé.

**A qui devez-vous remettre ce formulaire ?**

Ce formulaire comprend deux rubriques (une rubrique administrative et une rubrique médicale). Complétez les deux et remettez-les à notre mutualité.

**Quand devez-vous remettre ce formulaire ?**

Vous devez envoyer ce formulaire au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement la reprise de travail.

Exception : si, après le début de votre incapacité de travail, vous poursuivez une activité dans le secteur sportif et socioculturel (via le statut particulier dans le cadre de l'exercice d'une activité « article 17 arrêté ONSS du 28 novembre 1969 » (exonération des cotisations de sécurité sociale)) en exécution d'un contrat déjà conclu et effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail, vous devez envoyer ce formulaire dans un délai d'un mois à compter de la déclaration de l'incapacité de travail.

Si vous ne signalez pas à temps que vous avez repris le travail, vos indemnités d'incapacité de travail peuvent être réduites de 10 % ou même refusées (en application de la règle de cumul avec les revenus professionnels émanant de l'activité adaptée).

**ATTENTION : Ce document est une demande.**

**Avant de commencer une quelconque activité partiellement, il est recommandé d'être en possession de l'accord écrit du médecin-conseil.**

**Documents à joindre**

Si votre contrat de travail a été adapté ou modifié ou si vous avez reçu un nouveau contrat, vous devez joindre une copie de votre contrat de travail à ce formulaire. Si vous disposez pas encore de celui-ci, veuillez nous le transmettre dès qu'il sera en votre possession.

Nous vous invitons également, si possible, à nous transmettre l'accord du médecin-conseil.

**Si vous éprouvez des difficultés à compléter ce formulaire, n'hésitez pas à prendre contact avec notre mutualité.**

N° d'affiliation :



N.I.S.S. :

D.M. :

Concerne :

**Rubrique 1 : Déclaration de reprise de travail à temps partiel pendant l'incapacité de travail**

Je soussigné(e),

Nom :                      Prénom :                      (ou apposez une vignette)

Numéro de registre national (voir à l'arrière de votre carte d'identité):

GSM ou n° de téléphone : .....

E-mail (facultatif) : .....

**déclare** qu'à partir du ...../...../....., **je reprends l'activité suivante** :

.....

Au moyen de la demande d'autorisation ci-dessous, je sollicite l'autorisation du médecin-conseil de ma mutualité d'exercer cette activité.

Je déclare sur l'honneur que toutes les données figurant dans ce formulaire sont complètes et correctes.

Je suis au courant qu'une déclaration fautive, inexacte ou incomplète peut donner lieu à une sanction administrative ou pénale (article 233 du Code pénal social).

**IMPORTANT !!!**

**Durant la 1ère année de maladie, vous devez continuer à nous envoyer des certificats médicaux de prolongations dans les 7 jours civils également si vous travaillez à temps partiel avec l'accord du médecin-conseil.**

Date : ...../...../.....

Signature :

**Rubrique 2 : Demande d'autorisation de reprise du travail à temps partiel pendant l'incapacité de travail, avec maintien de la reconnaissance**

Je soussigné(e), Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

sollicite l'autorisation du médecin-conseil de ma mutualité de reprendre à partir du (jour/mois/année) ...../...../..... , une activité (professionnelle) de .....

**1. Cochez pour indiquer s'il s'agit d'une activité (professionnelle) comme :**

- Ouvrier
  - chez le même employeur(\*)
  - chez un autre employeur
  - dans une entreprise en dehors du circuit normal de travail (entreprise de travail adapté)
  
- Employé
  - chez le même employeur(\*)
  - chez un autre employeur
  - dans une entreprise en dehors du circuit normal de travail (entreprise de travail adapté)
  
- Indépendant
  
- Gardien(ne) d'enfants (affilié(e) à un service reconnu et qui n'est pas lié(e) par un contrat de travail à ce service)
  
- Travailleur occupé dans le secteur sportif et socioculturel (via le statut spécial dans le cadre de l'exercice d'une activité « article 17 arrêté ONSS du 28 novembre 1969 » - exonération des cotisations de sécurité sociale).
  - l'activité est la poursuite de l'exécution d'un contrat qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de votre incapacité de travail.
  - l'activité n'est pas la poursuite de l'exécution d'un contrat qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de votre incapacité de travail.

(\*) S'il s'agit du même employeur, quel est le nombre d'heures par semaine que vous prestiez avant votre incapacité de travail (temps plein ou avec réduction du temps de travail éventuelle (ex : 30/38 suite congé parental 4/5, autre motif, ...)) : .....

- Toute autre activité
  - activité rémunérée
  - activité non rémunérée

**2. Quelles tâches exercez-vous ? Décrivez toutes les activités/tâches que vous effectuerez séparément et le plus concrètement possible :**

.....

.....

.....

.....

**3. Veuillez indiquer les jours et les heures durant lesquels vous allez travailler :**

Je travaille selon un horaire variable (pas d'horaire fixe)

Nombre d'heures par semaine dans le cadre du mi-temps médical :

Je travaille selon un horaire fixe dont vous trouverez ci-dessous la grille horaire complétée. Si les jours et les heures de travail sont identiques chaque semaine, veuillez compléter uniquement la semaine 1 (1<sup>re</sup> ligne du tableau) :

Nombre d'heures par semaine dans le cadre du mi-temps médical :

**Quel est le nombre d'heures équivalent à un temps plein dans l'entreprise (votre employeur peut vous renseigner pour cette question)\* :**

\* champ obligatoire

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
<b>Semaine 1</b>	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____
	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____
<b>Semaine 2</b>	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____
	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____
<b>Semaine 3</b>	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____
	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____
<b>Semaine 4</b>	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____
	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____

Veuillez mentionner toute autre information utile en rapport avec votre horaire de travail :

.....

.....

.....

.....

**4. Complétez les données ci-dessous :**

Nom de votre employeur ou de l'organisation (à ne compléter que s'il ne s'agit pas d'une activité indépendante) :

.....

Adresse : .....

.....

Tél. : .....

N° ONSS :      et/ou N° BCE :

**ATTENTION : si le n° d'ONSS ou le n° BCE n'est pas complété, la déclaration ne pourra pas être traitée !**

• Si vous disposez de ces données :

- Les coordonnées de votre médecin-traitant (nom, adresse, téléphone) :

.....

.....

- Les coordonnées du conseiller en prévention – médecin du travail :

.....

.....

**J'affirme que la présente demande est sincère et complète.**

Date : ...../...../.....

Signature :

Solidaris Brabant traite vos données dans le respect de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel (loi-cadre) et le Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel, lequel vous donne le droit de consulter vos données, de les compléter, de vous opposer au traitement, d'en demander la rectification, la limitation ou la suppression. Pour tout renseignement complémentaire concernant le traitement de vos données, veuillez consulter notre Charte sur la protection des données, disponible à l'adresse suivante: [https://www.solidaris-brabant.be/fr/conditions\\_d\\_utilisation](https://www.solidaris-brabant.be/fr/conditions_d_utilisation).