



N° d'affiliation :

N.I.S.S. :

D.M. :

Concerne :

DEMANDE DE REPRISE DU TRAVAIL PENDANT L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (REGIME DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS)

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 indépendante que vous exercez avant votre incapacité de travail
ou
- d'une nouvelle activité professionnelle indépendante
ou
- d'une activité en tant que travailleur salarié
ou
- d'une toute autre activité rémunérée ou non rémunérée compatible avec votre état de santé.

A qui devez-vous remettre ce formulaire ?

Complétez ce formulaire et remettez-le ensuite à notre mutualité via le canal de votre choix ou dans l'un de nos nombreux bureaux.

Quand devez-vous remettre ce formulaire ?

Ce formulaire doit être transmis **avant** chaque reprise de travail.

Attention : vous ne pouvez reprendre le travail **qu'après** avoir obtenu l'autorisation du médecin-conseil de votre mutualité !

Documents à joindre

- Si vous reprenez une activité en tant que salarié, vous devez, dans la mesure du possible, joindre une copie du contrat de travail.
- Si vous ne disposez pas encore du nouveau contrat de travail, vous devez en transmettre une copie dès qu'il est en votre possession.

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 :

DEMANDE D'AUTORISATION DE REPRISE DU TRAVAIL PENDANT L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL TOUT EN MAINTENANT LA RECONNAISSANCE DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL
(art 23 ou 23bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971)

Vous devez compléter ce formulaire si vous reprenez une partie de l'activité professionnelle que vous exercez avant votre incapacité de travail ou si vous reprenez une autre activité.

IDENTIFICATION DU TITULAIRE :

Je soussigné(e), Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Numéro national : _____ – E-mail : _____
GSM ou n° de téléphone : _____
sollicite l'autorisation du médecin-conseil de ma mutualité afin de reprendre à partir du
...../...../..... une activité professionnelle à temps partiel pendant mon incapacité de travail.

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

- Travailleur indépendant
 - l'activité indépendante que vous exercez avant le début de votre incapacité de travail
 - une autre activité indépendante
- Travailleur salarié
 - ouvrier
 - employé
- Toute autre activité
 - activité rémunérée
 - activité non rémunérée

2. Quelles tâches exercerez-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 :

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^{re} ligne du tableau) :

Nombre d'heures par semaine :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Semaine 1	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 _____
Semaine 2	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 _____
Semaine 3	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 _____
Semaine 4	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 médecin du travail (à ne compléter que s'il ne s'agit pas d'une activité indépendante) :

.....

.....

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

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

Signature :

Les informations à caractère personnel qui vous sont demandées par l'Union Nationale des Mutualités Socialistes et par la Fédération des Mutualités Socialistes du Brabant sont nécessaires pour établir vos droits en application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (coordonnée le 14/7/1994) et vis-à-vis des services organisés dans le cadre de l'article 3b et c de la loi du 6/8/1990.

La loi sur la protection de la vie privée du 8/12/1992 accorde aux personnes que ces informations concernent, un droit d'accès et de rectification.

Tout renseignement complémentaire concernant le traitement de ces informations peut être obtenu auprès de la Commission de la protection de la vie privée (service du registre public), rue de la Régence 61 à 1000 Bruxelles.