



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 exerciez avant votre incapacité de travail
ou
- d'une nouvelle activité professionnelle
ou
- d'une activité comme indépendant
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.

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).

Documents à joindre

Vous devez joindre une copie du contrat de travail à ce formulaire :

- si votre contrat de travail a été adapté ou modifié
ou
- si vous avez reçu un nouveau contrat de travail.

Si vous ne disposez pas encore de cet avenant ou du nouveau contrat de travail, vous devez en transmettre une copie à notre mutualité 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.



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 fausse, inexacte ou incomplète peut donner lieu à une sanction administrative ou pénale (article 233 du Code pénal social).

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 une autre employeur
- Employé
 - chez le même employeur
 - chez une autre employeur
- Indépendant
- 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 :

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 conseiller en prévention – médecin du travail :

.....

.....

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.