

DECLARATION DE REPRISE DU TRAVAIL OU ATTESTATION DE REPRISE DU CHOMAGE

Régime général

Information importante au verso ►

N° fédéral :
N° section :

N° national:
N° CIT :

Code rechute :

Nom et Prénom :
Rue et numéro :
Code postal et ville :
Pays (si différent de Belgique) :

Date début risque :
Nature du risque :

A remettre ou à renvoyer à votre mutualité **dans les huit jours** qui suivent la fin de la période de protection de la maternité, du repos de maternité converti, du congé d'adoption ou du congé parental d'accueil.

A remettre ou à renvoyer à votre mutualité **dans les huit jours** qui suivent la fin de l'incapacité de travail, si vous reprenez le travail ou le chômage contrôlé AVANT la date de fin de la période d'incapacité de travail, notifiée par votre mutualité ou l'INAMI.

DÉCLARATION DE REPRISE DU TRAVAIL

A REMPLIR PAR LE TITULAIRE

Je soussigné déclare avoir cessé:

- le travail
 chômage

le --

- par suite de maladie ou d'accident
 de protection de la maternité
 de repos de maternité converti
 de congé d'adoption
 de congé parental d'accueil

et avoir repris celui-ci le --

Au lieu de compléter ce formulaire et de le remettre ou de le renvoyer à votre mutualité, vous pouvez toutefois aussi transmettre les mêmes informations par écrit à votre mutualité par tout autre moyen que la mutualité met à votre disposition à cet effet (e-mail, application disponible sur le site internet de la mutualité ...).

Certifié sincère

Date : --

Signature:

ATTESTATION DE REPRISE DU CHÔMAGE CONTRÔLÉ

A (FAIRE) REMPLIR PAR L'ORGANISME DE
PAIEMENT DES ALLOCATIONS DE CHÔMAGE

Je soussigné déclare que l'intéressé(e) a cessé :

- le travail
 chômage

le --

- par suite de maladie ou d'accident
 de protection de la maternité
 de repos de maternité converti
 de congé d'adoption
 de congé parental d'accueil

et avoir repris celui-ci le --

Au lieu de compléter ce formulaire et de le remettre au travailleur, l'organisme de paiement des allocations de chômage peut toutefois aussi transmettre directement la date de reprise du chômage contrôlé à la mutualité du travailleur (par l'intermédiaire de la Banque carrefour de la sécurité sociale)

Certifié sincère

Date : --

Signature :

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

Vos données sont traitées conformément à la réglementation en vigueur en matière de protection de données à caractère personnel. À tout moment vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant, les modifier, supprimer ou exercer votre droit d'opposition. Pour ce faire, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante : privacy.300@Solidaris.be

S005.F-v1

REMARQUES IMPORTANTES

Vous devez compléter ce formulaire en cas de reprise du travail ou du chômage. **En cas d'incapacité de travail, c'est seulement nécessaire en cas de reprise AVANT la date de fin de la période d'incapacité de travail notifiée par votre mutualité ou l'INAMI.** Cette déclaration doit permettre à votre mutualité de cesser le paiement des indemnités.

Vous **ne devez pas compléter ce formulaire si vous souhaitez reprendre une activité compatible** avec votre état de santé dans le courant de votre incapacité de travail tout en maintenant le bénéfice de vos indemnités. Dans cette situation, vous devez compléter un autre formulaire qui est disponible auprès de votre mutualité..