

**FORMULAIRE A COMPLETER EN CAS DE REPRISE PARTIELLE D'UNE ACTIVITE PROFESSIONNELLE DURANT L'INCAPACITE DE TRAVAIL**

*Vous devez compléter et signer ce formulaire et le renvoyer à votre mutualité avant votre reprise d'activité (1)*

**DECLARATION ET DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCER UNE ACTIVITE DURANT L'INCAPACITE TOUT EN MAINTENANT LA RECONNAISSANCE DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL (ART 100 §2. DE LA LOI DU 14/07/1994). Vous devez compléter ce formulaire si vous reprenez une partie de l'activité professionnelle que vous exerciez avant votre incapacité de travail ou si vous reprenez une autre activité.**

**JE SOUSSIGNÉ,**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° NISS : \_\_\_\_\_

GSM OU numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail (facultatif) : \_\_\_\_\_

déclare que je reprends à partir du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ l'activité suivante de \_\_\_\_\_

**AU MOYEN DE LA DEMANDE D'AUTORISATION (REPRISE CI-DESSOUS), JE SOLLICITE L'AUTORISATION DU MEDECIN CONSEIL DE MA MUTUALITE, D'EXERCER CETTE ACTIVITE.**

**Il s'agit d'une activité (professionnelle) de :**

- |                                               |                                                 |                                                  |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ouvrier              | <input type="checkbox"/> chez le même employeur | <input type="checkbox"/> chez un autre employeur |
| <input type="checkbox"/> Employé              | <input type="checkbox"/> chez le même employeur | <input type="checkbox"/> chez un autre employeur |
| <input type="checkbox"/> Indépendant          |                                                 |                                                  |
| <input type="checkbox"/> Toute autre activité | <input type="checkbox"/> activité rémunérée     | <input type="checkbox"/> activité non rémunérée  |

**Veillez indiquer les jours et les heures durant lesquels vous allez travailler :**

Je travaille selon un horaire fixe (veillez également compléter la grille horaire reprise ci-dessous).

Si les jours et les heures de travail sont identiques chaque semaine, veuillez compléter uniquement la semaine 1 (1ère ligne du tableau reprise ci-dessous). Nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

	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 _____

Je travaille selon un horaire variable (pas d'horaire fixe). Nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

(1) A défaut de déclarer cette reprise d'activité dans le délai requis, vos indemnités d'incapacité de travail calculées en application de la règle de cumul des indemnités avec un revenu professionnel pourront être diminuées de 10% ou même vous être refusées.

**Veillez mentionner toute information utile en rapport avec votre horaire de travail:**

---

---

---

---

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

---

---

---

---

**Nom de votre employeur / de votre organisation :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Tél :** \_\_\_\_\_

**N°ONSS :** \_\_\_\_\_ **N° d'entreprise :** \_\_\_\_\_

**Si vous disposez de ces données :**

**Les données de votre médecin-traitant (nom, adresse, téléphone) :** \_\_\_\_\_

**Les données du médecin du travail :** \_\_\_\_\_

Conscient du fait qu'une déclaration fautive, inexacte ou incomplète peut donner lieu à une sanction pénale conformément à l'article 233 du Code pénal social ou à une sanction administrative, j'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

**Remarque importante :**

Veillez nous transmettre ce formulaire AVANT la reprise de votre activité.

Si votre contrat de travail a été adapté ou modifié ou si vous avez reçu un nouveau contrat de travail, veuillez joindre à ce formulaire une copie de ce contrat. Si vous ne disposez pas encore de l'avenant à votre contrat de travail ou du nouveau contrat de travail, veuillez adresser à votre mutualité une copie de ce contrat dès que vous serez en sa possession.

J'affirme que la présente demande est sincère

Date, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature

**REMARQUE IMPORTANTE**

Il vous est loisible de reprendre, dans le courant de votre incapacité de travail, une partie de l'activité professionnelle que vous exerciez avant la survenance de votre incapacité de travail (ou une autre activité professionnelle qui est compatible avec votre état de santé). Il est requis que vous obteniez l'autorisation du médecin conseil de votre organisme assureur pour continuer à être reconnu incapable de travailler.

Pour obtenir cette autorisation, vous devez déclarer votre reprise du travail et solliciter l'autorisation du médecin conseil de votre organisme assureur au moyen du présent formulaire. Ce formulaire doit être envoyé au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement la reprise du travail, auprès de votre organisme assureur. Si ce délai n'est pas respecté, les indemnités d'incapacité de travail calculées en application de la règle de cumul des indemnités avec le revenu professionnel découlant du travail adapté, seront diminuées de 10% voire même refusées.

**Si vous éprouvez des difficultés pour compléter ce document, n'hésitez pas à prendre contact avec votre organisme assureur.**