

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 --

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 --

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

1. **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.
2. **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.
3. 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 ...).

VOUS POUVEZ TRANSMETTRE CE DOCUMENT PAR COURRIER, AU GUICHET DE LA MUTUALITÉ OU PAR EMAIL.

Si vous reprenez le travail ou le chômage après la date indiquée sur votre certificat d'incapacité de travail, il n'est pas nécessaire de renvoyer ce document à la mutualité.