

**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 ACTIVITÉ DURANT L'INCAPACITÉ TOUT EN MAINTENANT LA RECONNAISSANCE DE L'INCAPACITÉ 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 exerchiez avant votre incapacité de travail ou si vous reprenez une autre activité.

**JE SOUSSIGNÉ :**

**(OU COLLEZ UNE VIGNETTE ROSE)**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

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

NISS numéro (voir coin supérieur droit de votre carte SIS) : \_\_\_\_\_

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 MÉDECIN-CONSEIL DE MA MUTUALITÉ, D'EXERCER CETTE ACTIVITÉ.**

**Cochez pour indiquer s'il s'agit d'une activité (professionnelle) comme :**

**Ouvrier**

- A) chez le même employeur (autre que l'employeur visé sous C)
- B) chez un autre employeur (autre que l'employeur visé sous C)
- C) dans une entreprise en dehors du circuit normal de travail (entreprise de travail adapté)

**Employé**

- A) chez le même employeur (autre que l'employeur visé sous C)
- B) chez un autre employeur (autre que l'employeur visé sous C)
- C) dans une entreprise en dehors du circuit normal de travail (entreprise de travail adapté)

Travailleur indépendant

Gardien(ne) d'enfants (affilié(e) à un service reconnu et qui n'est pas lié(e) par un contrat de travail à ce service)

**(Voir verso)**

(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.

- Travailleur occupé dans le secteur sportif et socioculturel (via le statut spécial dans le cadre de l'exercice d'une activité "article 17 arrêté ONSS du 28 novembre 1969" - exonération des cotisations de sécurité sociale)
- A) l'activité est la poursuite de l'exécution d'un contrat qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de votre incapacité de travail
- B) l'activité n'est pas la poursuite de l'exécution d'un contrat qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de votre incapacité de travail
- Toute autre activité
- activité rémunérée
- 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, veillez compléter uniquement la semaine 1 (1 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 _____						
<b>Semaine 2</b>	de _____ à _____						
	de _____ à _____						
<b>Semaine 3</b>	de _____ à _____						
	de _____ à _____						
<b>Semaine 4</b>	de _____ à _____						
	de _____ à _____						

- Je travaille selon un horaire variable (pas d'horaire fixe). Nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_ Veuillez mentionner toute information utile en rapport avec votre horaire de travail :

---



---



---



---

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

---



---



---

Nom de votre employeur / de votre organisation :

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

Tél: \_\_\_\_\_

N° ONSS ou d'entreprise : \_\_\_\_\_

Combien d'heures prestiez-vous par semaine avant de tomber en incapacité de travail ? \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ .

Si vous disposez de ces données:

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

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

Consent 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 p.c. voire même refusées.

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

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.fr@solidaris.be](mailto:privacy.fr@solidaris.be)

S093.F