

**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 exercez 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 SOLICITE  
L'AUTORISATION DU MÉDECIN-CONSEIL OU DU COLLABORATEUR DE L'EQUIPE  
MULTIDISCIPLINAIRE DE MA MUTUALITÉ, D'EXERCER OU DE PROLONGER CETTE ACTIVITÉ.**

**Nouvelle demande d'une reprise partielle de travail**

je sollicite l'autorisation de reprendre, à partir du (jour/mois/année) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
une activité (professionnelle) de \_\_\_\_\_

Veuillez remplir, pour ce type de demande, l'entièreté des points 1 à 4 ci-dessous et signer la déclaration ci-dessous.

**Demande de prolongation d'une autorisation existante de reprise partielle de travail AVEC  
modifications des conditions d'exercices déjà déclarées de l'activité**

je sollicite l'autorisation de prolonger l'autorisation de reprise partielle existante AVEC modifications des conditions d'exercice d'activité déjà déclarées à partir du (jour/mois/année) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
d'une activité (professionnelle) de \_\_\_\_\_

Veuillez remplir, pour ce type de demande, les points 1 à 4 ci-dessous uniquement lorsqu'il y a un changement par rapport à l'autorisation existante et signer la déclaration ci-dessous.

**Demande de prolongation d'une autorisation existante de reprise partielle de travail SANS  
modifications des conditions d'exercices déjà déclarées de l'activité**

je sollicite l'autorisation de prolonger une autorisation de reprise partielle existante SANS modifications des conditions d'exercice d'activité déjà déclarées d'une activité (professionnelle) de \_\_\_\_\_

Dans ce cas, vous ne devez pas remplir les points 1 à 4 mais uniquement signer la déclaration à la fin de ce formulaire.

*(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.*

## **1. 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 à titre principal
- Travailleur indépendant à titre complémentaire
- 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)
- Formation
- Stage rémunéré
- Stage non rémunéré
- 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
- Dans le cadre des soins et du soutien non directement accessibles pour une personne handicapée financée par un budget d'assistance personnelle ou par un budget qui suit la personne (mesures propres à la Communauté flamande)
  - A) l'activité est la poursuite de l'exécution d'une convention qui avait déjà été conclue et avait déjà été effectivement exécutée avant le début de votre incapacité de travail.
  - B) l'activité n'est pas la poursuite de l'exécution d'une convention qui avait déjà été conclue et avait déjà été effectivement exécutée avant le début de votre incapacité de travail.
- Toute autre activité (si autre spécifiez : \_\_\_\_\_ )
  - activité rémunérée
  - activité non rémunérée

**2. Veuillez indiquer les jours et les heures durant lesquels vous allez travailler :**

Je travaille selon un horaire fixe (veuillez 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 (1 ligne du tableau reprise ci-dessous). Nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

|                  | <b>lundi</b>        | <b>mardi</b>        | <b>mercredi</b>     | <b>jeudi</b>        | <b>vendredi</b>     | <b>samedi</b>       | <b>dimanche</b>     |
|------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| <b>Semaine 1</b> | de _____<br>à _____ |
|                  | de _____<br>à _____ |
| <b>Semaine 2</b> | de _____<br>à _____ |
|                  | de _____<br>à _____ |
| <b>Semaine 3</b> | de _____<br>à _____ |
|                  | de _____<br>à _____ |
| <b>Semaine 4</b> | de _____<br>à _____ |
|                  | de _____<br>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 :

---

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

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


---



---



---

**4. Complétez les données ci-dessous :**

Nom de votre employeur / de votre organisation (à ne compléter que s'il ne s'agit pas d'une reprise activité indépendante) :

---

Adresse :

---



---

Tél : \_\_\_\_\_ N° ONSS ou d'entreprise : \_\_\_\_\_

Si vous disposez de ces données :

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

Les données du médecin du médecin traitant (nom, adresse, téléphone):

---



Consient du fait qu'une déclaration fausse, 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 :**

**Veuillez 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 exercez 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 ou de l'équipe multidisciplinaire 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.

Exception : si, après le début de votre incapacité de travail, vous poursuivez une activité 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)) dans le cadre des soins et du soutien non directement accessibles pour une personne handicapée financée par un budget d'assistance personnelle ou par un budget qui suit la personne (mesures propres à la Communauté flamande) en exécution d'un contrat déjà conclu et effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail, vous devez envoyer ce formulaire dans un délai d'un mois à compter de la déclaration de l'incapacité de travail.

**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**