

DEMANDE DE REPRISE DU TRAVAIL À TEMPS PARTIEL PENDANT L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Important - Lisez ceci d'abord !

À quoi sert ce formulaire ?

Vous remplissez ce formulaire si vous voulez recommencer à travailler à temps partiel pendant la période au cours de laquelle vous êtes déclaré incapable de travailler.

Il s'agit de la reprise à temps partiel de

- l'activité professionnelle que vous exerchiez avant votre incapacité de travail
ou
- d'une nouvelle activité professionnelle
ou
- d'une activité comme indépendant
ou
- de toute autre activité (non) rémunérée compatible avec votre état de santé

À qui devez-vous remettre ce formulaire ?

Ce formulaire comprend deux rubriques (une rubrique administrative et une rubrique médicale). Complétez les deux et remettez-les ensemble à votre mutualité ou à l'office régional de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité.

Quand devez-vous remettre ce formulaire ?

Vous devez envoyer ce formulaire au plus tard le **premier jour ouvrable qui précède immédiatement la reprise de travail**.

Si vous ne signalez pas à temps que vous avez repris le travail, vos indemnités d'incapacité de travail peuvent être **réduites de 10 % ou même refusées** (en application d'une certaine règle de cumul si vous obtenez des revenus professionnels émanant de l'activité adaptée).

Documents à joindre

Vous devez joindre une copie du contrat de travail à ce formulaire si

- votre contrat de travail a été adapté ou modifié
ou
- si vous avez reçu un nouveau contrat de travail.

Si vous ne disposez pas encore de cet avenant ou du nouveau contrat de travail, vous devrez en transmettre une copie à votre mutualité dès qu'il sera en votre possession.

Vous devez joindre une copie du contrat en matière de travail associatif si vous souhaitez exécuter du travail associatif.

Si vous ne disposez pas encore de ce contrat en matière de travail associatif, vous devrez en transmettre une copie à votre mutualité dès qu'il sera en votre possession.

Si vous éprouvez des difficultés à compléter ce formulaire, n'hésitez pas à prendre contact avec votre mutualité.

Rubrique 1 : Déclaration de reprise de travail à temps partiel pendant l'incapacité de travail

Je, soussigné(e) : Nom et prénom (ou apposez une vignette) :
Numéro de registre national (NISS) (voir à l'arrière de votre carte d'identité) :
.....
Numéro de GSM ou de téléphone fixe :
E-mail (facultatif) :

déclare qu'à partir du

je reprends l'activité suivante

Au moyen de la demande d'autorisation ci-dessous, je sollicite l'autorisation du médecin-conseil de ma mutualité, d'exercer cette activité.

Je déclare sur l'honneur que toutes les données figurant dans ce formulaire sont complètes et correctes.

Je suis au courant qu'une déclaration fautive, inexacte ou incomplète peut être sanctionnée par une sanction administrative ou pénale (article 233 du Code pénal social).

Date :/...../20....

Rubrique 2 : Demande d'autorisation de reprise du travail à temps partiel pendant l'incapacité de travail, avec maintien de la reconnaissance

Je soussigné(e),

sollicite l'autorisation du médecin-conseil de ma mutualité de reprendre à partir du (jour/mois/année)

une activité (professionnelle) de

.....

1. 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)
- Travailleur associatif (veuillez joindre le contrat concerné en matière de travail associatif)
- Prestataire de services occasionnel
- Toute autre activité
 - activité rémunérée
 - activité non rémunérée

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

.....

.....

.....

.....

Information importante :

Avant mon incapacité de travail :

- je prestais heures / semaine
- je n'avais pas d'activité professionnelle

3. Veuillez indiquer les jours et les heures durant lesquels vous allez travailler pendant votre temps partiel médical :

- Je travaille selon un horaire variable (pas d'horaire fixe)

Nombre d'heures par semaine :

- Je travaille selon un horaire fixe (Veuillez compléter également 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^{re} ligne du tableau reprise ci-dessous) :

Nombre d'heures par semaine :

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
Semaine 1	De ...	De ...	De ...	De ...	De ...	De ...	De ...
	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...
	De ...	De ...	De ...	De ...	De ...	De ...	De ...
	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...
Semaine 2	De ...	De ...	De ...	De ...	De ...	De ...	De ...
	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...
	De ...	De ...	De ...	De ...	De ...	De ...	De ...
	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...
Semaine 3	De ...	De ...	De ...	De ...	De ...	De ...	De ...
	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...
	De ...	De ..	De ...	De ...	De ...	De ...	De ...
	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...
Semaine 4	De ...	De ...	De ...	De ...	De ...	De ...	De ...
	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...
	De ...	De ...	De ...	De ...	De ...	De ...	De ...
	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...	À ...

Veuillez mentionner toute autre information utile en rapport avec votre horaire de travail.

.....

.....

.....

4. Complétez les données ci-dessous

Nom de l'employeur ou de l'organisation :

.....

Adresse :

.....

.....

Tél. :

- Si vous disposez de ces données :

- Les coordonnées de votre médecin-traitant (nom, adresse, téléphone) :

.....

.....

- Les coordonnées du conseiller en prévention - médecin du travail :

.....

.....

J'affirme que la présente demande est sincère.

Date :/...../20....

Signature :