

À COMPLÉTER ET RENVOYER À :

Mutualia, Mutualité Neutre
Place Verte, 41
4800 - Verviers

(À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR OU LA CAISSE DE PAIEMENT D'ALLOCATION DE CHÔMAGE)

A REMETTRE ou A RENVOYER à votre mutuelle dès la fin de votre incapacité de travail ou période de protection de maternité, congé d'adoption ou congé de paternité.

CONCERNE :

N° registre national :

Ou n° d'inscription :

Nom :

Prénom :

Rue :

Code postal : Localité :

APPOSEZ VOTRE VIGNETTE
ICI (OBLIGATOIRE)

N° : Bte :

**À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR OU L'ORGANISME DE PAIEMENT DES ALLOCATIONS
DE CHÔMAGE**

Je soussigné(e) déclare que par suite de :

maladie - repos de maternité - congé de paternité - congé d'adoption*, la personne dont l'identité figure
ci-dessus avait cessé le : travail - chômage* depuis le : / / 20

a repris celui-ci depuis le : / / 20

*Biffer les mentions inutiles

Attention !

- **Une déclaration anticipée n'est pas acceptable**
- Une reprise à temps partiel dans le cadre d'une autorisation du médecin-conseil de la mutualité ne doit pas faire l'objet de la présente déclaration mais, l'assuré doit en faire la demande écrite au médecin-conseil de la mutualité au moins 1 jour ouvrable avant la reprise. Par contre, le certificat justificatif d'incapacité partielle reste obligatoire (délai de déclaration 2 jours).

Certifié sincère et véritable,
le / / 20

Identité de l'employeur ou du bureau de chômage :
Cachet et signature indispensables.