

DEMANDE DE REPRISE DU TRAVAIL PENDANT L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (RÉGIME DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS)

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 indépendante que vous exerciez avant votre incapacité de travail
ou
- d'une nouvelle activité professionnelle indépendante
ou
- d'une activité en tant que travailleur salarié
ou
- de toute autre activité (non) rémunérée compatible avec votre état de santé général.

À QUI DEVEZ-VOUS REMETTRE CE FORMULAIRE ?

Complétez ce formulaire et remettez-le ensuite à votre mutualité ou à l'office régional de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité.

QUAND DEVEZ-VOUS REMETTRE CE FORMULAIRE ?

Vous devez transmettre ce formulaire avant chaque reprise de travail.

ATTENTION ! Vous ne pouvez reprendre le travail qu'après avoir obtenu l'autorisation du médecin-conseil de votre mutualité.

DOCUMENTS À JOINDRE

Vous devez joindre une copie de votre contrat de travail si vous souhaitez reprendre votre activité en tant que travailleur salarié pendant la période d'incapacité de travail.

Si vous ne disposez pas encore 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 de votre 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.

DEMANDE D'AUTORISATION DE REPRISE DU TRAVAIL (À TEMPS PARTIEL) PENDANT L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, AVEC MAINTIEN DE LA RECONNAISSANCE DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

À COMPLÉTER PAR LE VOLONTAIRE

OU APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

Nom :
Prénom :
Numéro national :
Rue et n° :
CP et commune :

Tél :

E-mail :

Sollicite l'autorisation du médecin-conseil de ma mutualité de reprendre à partir du/...../.....
une activité professionnelle de

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

- Travailleur indépendant
 - l'activité indépendante que vous exerciez avant le début de votre incapacité de travail
 - une autre activité indépendante
- Travailleur salarié
 - Ouvrier
 - Employé
- 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.

.....
.....
.....
.....

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 (1re ligne du tableau reprise ci-dessous) :
Nombre d'heures par semaine :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Semaine 1	De à						
	De à						
Semaine 2	De à						
	De à						
Semaine 3	De à						
	De à						
Semaine 4	De à						
	De à						

Veillez 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 (à ne compléter que s'il ne s'agit pas d'une reprise d'une activité indépendante):

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 (si vous reprenez le travail en tant que salarié):

.....

J'affirme que la présente demande est sincère.

Date :

Signature :



Pour un traitement plus rapide, renvoyez-nous ce formulaire dûment complété via l'onglet «envoyer un document» de notre guichet en ligne «MyMutualia». Dans ce cas, l'original n'est plus nécessaire.

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (« RGPD »), nous vous informons que nous traitons vos données dans le cadre de notre mission de participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sous la responsabilité de l'UNMN (l'Union nationale des mutualités neutres), responsable du traitement pour les matières fédérales et des SMR des mutualités neutres, responsables de traitement pour les matières régionalisées. Pour tous renseignements complémentaires, nous vous invitons à consulter notre déclaration vie privée ou à nous contacter à info@mutualia.be.

SIÈGE ADMINISTRATIF

Place Verte, 41
4800 Verviers
Tél. 087 31 34 45

SIÈGE SOCIAL

Bd Brand Whitlock, 87/93 bte 4
1200 Woluwe-Saint-Lambert
Tél. 02/733 97 40

info@mutualia.be
www.mutualia.be
BE47 3480 0300 8680