

**DEMANDE D'AUTORISATION DE REPRISE PARTIELLE DU TRAVAIL OU DEMANDE DE PROLONGATION
D'UNE AUTORISATION EXISTANTE DE REPRISE PARTIELLE DU TRAVAIL PENDANT L'INCAPACITÉ DE
TRAVAIL**

Important - Lisez ceci d'abord !

À quoi sert ce formulaire ?

Vous devez remplir l'**entièreté** de ce formulaire :

1/ si vous voulez recommencer à travailler pendant la période au cours de laquelle vous êtes reconnu(e) incapable de travailler

Il s'agit de la reprise (partielle)

- de l'activité professionnelle que vous exerciez avant votre incapacité de travail
ou
- d'une nouvelle activité professionnelle
ou
- d'une activité en tant que travailleur indépendant
ou
- de toute autre activité (non) rémunérée

compatible avec votre état de santé général.

ou

2/ si vous souhaitez modifier les conditions d'exercices déclarées de votre activité dans votre autorisation existante à travailler pendant la période au cours de laquelle vous êtes reconnu(e) incapable de travailler.

Vous devez remplir uniquement **une partie** de ce formulaire si vous voulez prolonger, sans aucune modification des conditions d'exercices déclarées de votre activité, votre autorisation existante à travailler pendant la période au cours de laquelle vous êtes reconnu(e) incapable de travailler.

À qui devez-vous remettre ce formulaire ?

Ce formulaire se compose de deux rubriques (une administrative et une médicale). Vous complétez les deux et les remettez simultanément à votre mutualité ou au service régional de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie et invalidité.

Quand devez-vous remettre ce formulaire ?

Vous devez transmettre ce formulaire **au plus tard le premier jour ouvrable précédant immédiatement la reprise du travail.**

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 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 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.

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

Rubrique 1: Déclaration de reprise partielle du travail durant l'incapacité de travail

Je soussignée:

Nom et prénom (ou coller une vignette).....

Numéro d'inscription au registre national (NISS) (voir au dos de votre carte d'identité).....

.....

Gsm – ou numéro de téléphone fixe

E-mail (facultatif)

déclare qu'à partir du l'activité suivante

..... **sera reprise (ou poursuivie** si j'ai déjà reçu l'autorisation du médecin-conseil ou du collaborateur de l'équipe multidisciplinaire).

Par le biais de la demande d'autorisation ci-dessous, je demande au médecin-conseil ou au collaborateur de l'équipe multidisciplinaire de ma mutualité l'autorisation d'exercer cette activité. N'oubliez donc pas de compléter la Rubrique 2 (pages suivantes) relative à la demande d'une reprise partielle du travail ou de prolongation d'une autorisation existante de reprise partielle de travail pendant l'incapacité de travail.

Je déclare sur l'honneur que toutes les données du présent formulaire sont complètes et exactes.

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

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

Signature :

Rubrique 2 : Demande d'une reprise partielle du travail ou demande de prolongation d'une autorisation existante de reprise partielle de travail pendant l'incapacité de travail

Je soussigné(e) : Nom et prénom (ou collez une vignette)
 Numéro de registre national (NISS) (voir à l'arrière de votre carte d'identité)

 Numéro de GSM ou de téléphone fixe (facultatif)
 E-mail (facultatif)

introduit la demande suivante auprès du médecin-conseil ou du collaborateur de l'équipe multidisciplinaire de la mutualité : *cochez et remplissez en fonction du type de demande*

Nouvelle demande d'une reprise partielle de travail

O – je sollicite l'autorisation de reprendre, à partir du (jour/mois/année)

une activité (professionnelle) de.....

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

O – 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.....

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

O – 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 sur l'honneur à la **fin** de ce formulaire.*

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

- **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)
- comme **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**
 - activité rémunérée
 - activité non rémunérée

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

.....

.....

.....

.....

Avant mon incapacité de travail:

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

3. Indiquez l'horaire selon lequel vous exercerez cette activité :

- 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 repris ci-dessous) :

Nombre d'heures par semaine :

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

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

.....

.....

.....

4. Complétez les données ci-dessous

Nom de votre 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 :

.....

.....

J'affirme que la présente demande est sincère.

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

Signature:.....