

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

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) :

- l'activité professionnelle que vous exerciez 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

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 DE TRAVAIL À TEMPS PARTIEL PENDANT 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 :

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 figurant dans ce formulaire sont complètes et correctes.

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

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

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

À COMPLÉTER PAR LE VOLONTAIRE

OU APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

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

Tél. :

E-mail :

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

☐ 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 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

☐ 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)/...../..... une activité (professionnelle) de

Veuillez 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

☐ 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) 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)

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

☐ Je prestaisheures/semaine

☐ Je n'avais pas d'activité professionnelle

☐ 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 :

[illegible]

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 (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 :

Signature :



Besoin d'un traitement express ? Déposez votre formulaire complété via l'onglet « Envoyer un document » de MyMutualia. Plus besoin d'envoyer l'original papier. Simple, rapide, efficace !

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