

DEMANDE DE DÉCISION AU MÉDECIN-CONSEIL DE LA MUTUALITÉ POUR LE TRAVAILLEUR VOLONTAIRE RE-  
CONNU INCAPABLE DE TRAVAILLER AU SENS DE LA LOI DU 03/07/2005 MODIFIÉ PAR LA LOI DU 19/07/2006

À COMPLÉTER PAR LE VOLONTAIRE

OU APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

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

Tél : .....

E-mail : .....

Je souhaite travailler/Je travaille en tant que volontaire pour l'organisation ci-dessous, sur la base des informations fournies par cette organisation

Avant mon incapacité, je prestais ..... heures/semaine dans mon travail

DONNÉES CONCERNANT L'ORGANISATION DE VOLONTARIAT (un formulaire de demande par organisation)

Nom : .....

Adresse : .....

N° de tél : .....

E-mail : .....

Objectif social : .....

DONNÉES SUR L'ACTIVITÉ POUR LAQUELLE JE DEMANDE LA DÉCISION DU MÉDECIN-CONSEIL

Période :  période indéfinie à partir du ...../...../.....

période connue déjà fixée du ...../...../..... au ...../...../.....

Nature et volume des activités que j'exerce en tant que volontaire : .....

.....

.....

L'organisation ne prévoit aucune indemnité pour les activités volontaires

L'organisation verse une indemnité forfaitaire (en tenant compte des maxima légaux)

L'organisation rembourse les frais réels, sur la base des preuves fournies

En nature (repas, chèque-lecture, carte de bus) : .....

Autre réglementation : .....

Je m'engage à communiquer immédiatement à ma mutualité toute modification qui interviendrai dans les données mentionnées ci-dessus.

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

Signature :

## DÉCISION DU MÉDECIN-CONSEIL

.....

.....

.....

.....



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](mailto: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](mailto:info@mutualia.be)  
[www.mutualia.be](http://www.mutualia.be)  
BE47 3480 0300 8680