

Demande d'autorisation au médecin conseil pour le travail associatif (1)



Demande de décision au médecin-conseil de la mutualité quant à la compatibilité avec l'état général de santé pour la poursuite pure d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif au cours d'une incapacité de travail.

Document à remettre au médecin-conseil de votre mutualité

Données personnelles

Nom: Prénom:

Rue: Numéro: Boîte: Index:

Code Postal: Localité: Pays:

Tél.: Adresse e-mail*:

Numéro de RN:

RUBRIQUE 1: À REMPLIR PAR LE (LA) TITULAIRE

Je

souhaite poursuivre (**)

poursuis (**)

** cocher la bonne case

mes activités en exécution d'un contrat arrivant à échéance en matière de travail associatif que j'ai déjà conclu et exercé avant le début de mon incapacité de travail le

En pièce jointe, j'ajoute une copie / une impression du contrat en matière de travail associatif.

Date :

Signature :

(1) Visé à la loi du 18 juillet 2018 relative à la relance économique et au renforcement de la cohésion sociale

* J'accepte que la Mutualité chrétienne (MC) puisse utiliser mon adresse e-mail pour me contacter dans le cadre de mon dossier personnel (2). Si j'enregistre ou modifie mon adresse e-mail, je recevrai un e-mail de la MC pour des raisons de sécurité afin de confirmer mon adresse e-mail et éventuellement modifier mes préférences de communication. Ce n'est qu'après cette confirmation que la MC utilisera mes préférences.

(2) Dans le cadre des services de la MC, sont concernés: aperçu des prestations en cas d'incapacité de travail; lettres, formulaires et attestations; factures pour le paiement de la cotisation, de la prime d'assurance et d'autres factures dans le cadre de mon dossier personnel (3); informations sur les services et avantages des assurances obligatoires et complémentaires; communications dans le cadre de mon contrat d'assurance(s) facultative(s) MC Assure (Hospi, Dento). Des informations sur ma santé peuvent être exposées dans le cadre de cette communication, je pense à protéger, si nécessaire, l'accès à ma boîte de courrier électronique.

(3) Ceci ne s'applique pas si j'ai choisi de recevoir mes documents et/ ou mes factures MC sur Doccle.

Demande d'autorisation au médecin conseil pour le travail associatif (1)



RUBRIQUE 2 : À REMPLIR PAR LE (LA) REPRÉSENTANT(E) DE L'ORGANISATION QUI ORGANISE LE TRAVAIL ASSOCIATIF

Le (la) soussigné (e), Monsieur (Madame)
représentant de
(nom de l'organisation qui organise le travail associatif)

confirme que la personne susmentionnée, Monsieur / Madame
a effectivement exécuté le contrat en matière de travail associatif, annexé à cette note d'information, **avant** le début de son incapacité
de travail.

Date :

Signature :

Nous traiterons vos données personnelles conformément à la législation belge et européenne applicable en matière de protection de la vie privée, en particulier le règlement RGDP (2016/679) concernant la protection des données personnelles et la libre circulation de ces données. Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles, veuillez consulter notre déclaration de confidentialité sur notre site web <https://www.mc.be/disclaimer/politique-confidentialite-mc>.