

Demande de reprise du travail pendant l'incapacité de travail (Régime des travailleurs indépendants)



Vous devez compléter et signer ce formulaire et le renvoyer à votre mutualité avant votre reprise d'activité.

Lisez d'abord les remarques importantes sur la dernière page!

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

Données personnelles

Nom : Prénom :

Rue : Numéro : Boîte : Index :

Code Postal : Localité : Pays :

Tél. : Adresse e-mail :

Numéro de RN :

Je soussigne(é),

sollicite l'autorisation du médecin-conseil de ma mutualité de reprendre à partir du (jour/mois/année)

une activité (professionnelle) de

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

- Travailleur indépendant
 - l'activité indépendante que vous exercez avant le début de votre incapacité de travail
 - une autre activité indépendante
- Travailleur salarié
 - ouvrier
 - employé
- Toute autre activité
 - activité rémunérée
 - activité non rémunérée

Proposition horaire

Veuillez indiquer les jours et les heures durant lesquels vous allez travailler:

- Je travaille selon un horaire variable (pas d'horaire fixe). Nombre d'heures par semaine:
- Je souhaite travailler selon un horaire fixe (veuillez également compléter la grille horaire reprise ci-dessous).
Nombre d'heures par semaine:
Comme suit:

Demande de reprise du travail pendant l'incapacité de travail (Régime des travailleurs indépendants)



Jour de la semaine	Horaire par jour	Total du nombre d'heures par jour
LUNDI	DE A ET DE A	<input type="text"/> <input type="text"/>
MARDI	DE A ET DE A	<input type="text"/> <input type="text"/>
MERCREDI	DE A ET DE A	<input type="text"/> <input type="text"/>
JEUDI	DE A ET DE A	<input type="text"/> <input type="text"/>
VENDREDI	DE A ET DE A	<input type="text"/> <input type="text"/>
SAMEDI	DE A ET DE A	<input type="text"/> <input type="text"/>
DIMANCHE	DE A ET DE A	<input type="text"/> <input type="text"/>

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

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

Complétez les données ci-dessous

Nom de votre employeur ou de l'organisation :

Adresse de correspondance et/ou lieu de travail:

Tél:

Numéro d'entreprise: Cachet/signature de l'employeur pour accord:

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 du demandeur :

Veuillez coller une vignette de votre mutualité

Demande de reprise du travail pendant l'incapacité de travail (Régime des travailleurs indépendants)



Remarques importantes

A quoi sert ce formulaire?

Vous devez remplir ce formulaire si vous voulez recommencer à travailler pendant la période au cours de laquelle vous êtes déclaré(e) incapable de travailler.

Il s'agit de la reprise (à temps partiel)

- * De l'activité professionnelle indépendante que vous exercez avant votre incapacité de travail
ou
- * d'une autre 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.

A qui devez-vous remettre ce formulaire?

Complétez ce formulaire et remettez-le ensuite à votre mutualité.

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 devez en transmettre une copie à votre mutualité dès qu'il est en votre possession.

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

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>.