

Déclaration de reprise du travail à temps partiel pendant l'incapacité de travail



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!

RUBRIQUE 1 : DECLARATION D'AUTORISATION DE REPRISE DU TRAVAIL A TEMPS PARTIEL PENDANT L'INCAPACITE DE TRAVAIL, AVEC MAINTIEN DE LA RECONNAISSANCE

Vous devez compléter ce formulaire si vous reprenez une partie de l'activité professionnelle que vous exercez avant votre incapacité de travail ou si vous reprenez une autre activité

Données personnelles

Nom : Prénom :

Rue : Numéro : Boîte : Index :

Code Postal : Localité : Pays :

Tél. : Adresse e-mail :

Numéro de RN :

Au moyen de la demande d'autorisation (reprise ci-dessous), je sollicite l'autorisation du médecin-conseil de ma mutualité, d'exercer cette activité.

Je déclare sur l'honneur que toutes les données figurant dans ce formulaire sont complètes et correctes.

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

Date : - -

Signature:

RUBRIQUE 2 : DEMANDE D'AUTORISATION DE REPRISE DU TRAVAIL PENDANT L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL AVEC MAINTIEN DE LA RECONNAISSANCE

Je soussigné(é),

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

une activité professionnelle de

Il s'agit d'une première demande

prolongation

Déclaration de reprise du travail à temps partiel pendant l'incapacité de travail



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

- Ouvrier
 - A.chez le même employeur (autre que l'employeur mentionné sous C)
 - B.chez un autre employeur (autre que l'employeur mentionné sous C)
 - C.dans une entreprise hors du circuit de travail habituel (entreprise adaptée)
- Employé
 - A.chez le même employeur (autre que l'employeur mentionné sous C)
 - B.chez un autre employeur (autre que l'employeur mentionné sous C)
 - C.dans une entreprise hors du circuit de travail habituel (entreprise adaptée)
- Indépendant
- Gardienne d'enfants (affiliée à un service reconnu et non par le biais d'une convention de travail conclue avec ce service)
 - salarié(e)
 - indépendant(e)
- Toute autre activité
 - activité rémunérée
 - activité non rémunérée (avec/sans frais)**

** Biffez la mention inutile

Proposition horaire

- Avant mon incapacité, je travaillais heures par semaine.

Veillez 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 (veillez également compléter la grille horaire reprise ci-dessous).
Nombre d'heures par semaine:
Comme suite:

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"/>

Déclaration de reprise du travail à temps partiel pendant l'incapacité de travail



Veillez 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.

.....
.....

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR:

Nom de votre organisation:

Tél:

Adresse de correspondance:

Adresse du lieu de travail:

Numéro d'entreprise:

Le nombre moyen d'heures par semaine pendant lesquelles l'employé doit effectuer le travail (Q):

Le nombre moyen d'heures de travail par semaine du travailleur de référence (pour la même fonction) (S):

Cachet/signature de l'employeur pour accord:

A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

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 :

Veillez coller une vignette de votre mutualité

Déclaration de reprise du travail à temps partiel pendant l'incapacité de travail



Remarques importantes

A quoi sert ce formulaire ?

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

Il s'agit de la reprise à temps partiel de

- l'activité professionnelle que vous exerciez avant votre incapacité de travail
ou
- d'une nouvelle activité professionnelle
ou
- d'une activité comme indépendant compatible avec votre état de santé.

A qui devez-vous remettre ce formulaire ?

Ce formulaire comprend deux rubriques (une rubrique administrative et une rubrique médicale). Complétez les deux et remettez-les ensemble à votre mutualité.

Quand devez-vous remettre ce formulaire ?

La demande complétée et signée doit être envoyée à votre mutualité au plus tard le dernier jour ouvrable avant votre reprise de travail effective (la date de la poste faisant foi). Vous pouvez également remettre ce formulaire à votre mutualité contre accusé de réception au plus tard le dernier jour ouvrable avant votre reprise 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 pour cent** (après application de la règle de cumul spéciale si vous bénéficiez d'un revenu professionnel de l'activité adaptée) **ou même refusées**.

Documents à joindre

Vous devez joindre une copie du contrat de travail à ce formulaire si

- votre contrat de travail a été adapté ou modifié
ou
- si vous avez reçu un nouveau contrat de travail.

Si vous ne disposez pas encore de cet avenant ou du nouveau contrat de travail, vous devez en transmettre une copie à votre mutualité dès qu'il est en votre possession.

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>.